

Diana Morais Caldas Alves Longo

O Consumo de Bebidas Alcoólicas nos Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de
Ponte de Lima

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2019

Diana Morais Caldas Alves Longo

O Consumo de Bebidas Alcoólicas nos Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de
Ponte de Lima

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2019

Diana Morais Caldas Alves Longo

O Consumo de Bebidas Alcoólicas nos Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de
Ponte de Lima

Diana Morais Caldas Alves Longo

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciada em Enfermagem

RESUMO

A Diabetes trata-se de uma doença metabólica que afeta um grande número de pessoas. Pela sua cronicidade e morbilidade elevada, implica um grande investimento em cuidados de saúde constantes, que acabam por se refletir em elevados custos humanos, económicos e sociais, tornando-se assim num dos maiores problemas de saúde mundiais (Amorim, 2015, p. 1).

De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2016, p.8),

Em 2015 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes (...).

O alcoolismo trata-se de um sério problema de saúde pública em Portugal, que afeta não só o indivíduo, a nível físico e psíquico, como também, origina perturbações a nível familiar, social e laboral.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014) *cit in* Dias (2016, p. 1), em Portugal, apesar de se vir a verificar uma redução do consumo de álcool ao longo dos anos, este encontra-se entre os dez países europeus que consomem mais álcool por pessoa, encontrando-se assim acima da média de consumo europeia.

Segundo a mesma fonte, Portugal segue uma tendência em que é possível verificar que os homens consomem quase o dobro do álcool em relação ao que as mulheres consomem, consumindo 27,1 litros de álcool por pessoa comparando com os 16,4 litros por pessoa que são consumidos pelas mulheres (Dias, 2016, p. 2).

O tipo de estudo aplicado neste Projeto de Graduação, trata de um estudo descritivo simples, transversal, de abordagem quantitativa. A amostra em estudo é constituída por 60 indivíduos, que são adultos, portadores de diabetes e que são residentes no concelho de Ponte de Lima.

Como instrumento de colheita de dados, foi utilizado um questionário constituído por duas partes. A primeira parte, destina-se à obtenção da informação relativa aos dados sociodemográficos e onde também são colocadas algumas questões relativas à diabetes. A segunda parte, consiste na aplicação da escala Alcohol Use Disorder Identification Test, onde será feita a recolha de dados relativos ao consumo de álcool nos adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima.

A amostra é constituída então por 60 indivíduos, que são maioritariamente do género masculino, com um total de 66,7% (n= 40) da amostra. Possuem idades compreendidas entre os 41 e os 64 anos de idade, uma vez que todos os elementos são portadores de diabetes, conclui-se ainda que possuem na sua maioria Diabetes tipo II com um total de 81,7% (n=49) da amostra em estudo.

De acordo com os resultados obtidos com no presente estudo, é possível, assim, afirmar que o padrão de consumo de bebidas alcoólicas na maioria dos inquiridos da amostra, corresponde a um padrão de consumo de baixo risco.

Assim, pode verificar-se que os inquiridos ingerem menos de duas doses-padrão (20gramas de álcool puro), por dia ou que não ultrapassam a quantidade de cinco doses-padrão, numa única ocasião.

Em termos de intervenção na população para este padrão de consumo é implementada a educação para saúde de modo a que haja a manutenção do padrão de uso atual.

Palavras-Chave: Diabetes, Alcoolismo, Adultos

SUMMARY

Diabetes is a metabolic disease that affects a large number of people. Due to its chronicity and high morbidity, it implies a great investment in constant health care, which end up reflecting high human, economic and social costs, thus becoming one of the biggest health problems in the world (Amorim, 2015, p.1).

According to the Annual Report of the National Diabetes Observatory (2016, p.8),

"In 2015 the estimated prevalence of Diabetes in Portuguese population aged between 20 and 79 years (7.7 million individuals) was 13.3%, meaning that, more than 1 million Portuguese in this age group have Diabetes (...) ".

Alcoholism is a serious public health problem in Portugal, which affects not only the individual on a physical and psychic level, but also causes family, social and work level disturbances.

According to the World Health Organization (2014) *cit in* Dias (2016, p. 1), in Portugal, although there has been a reduction in alcohol consumption over the years, it is among the ten countries who drink more alcohol per person, thus being above the average of European consumption.

According to the same source, Portugal follows a trend in which it is possible to verify that men consume almost twice as much alcohol than women consume, consuming 27,1 liters of alcohol per person compared to 16.4 liters per person that are consumed by women (Dias, 2016, p. 2).

The type of study adopted for the investigation is a simple descriptive study, transversal, with a quantitative approach. The sample consisted of 60 diabetic adults, living in the municipality of Ponte de Lima.

For the collection of information, a two-part questionnaire was drawn up. The first one was to collect sociodemographic and diabetes data and the second to collect data on alcohol consumption through collection data instrument, the Alcohol Use Disorder Identification Test scale.

The sample consisted of 60 individuals, predominantly male 66,7% (n=40), aged 41-64 years, the majority of these individuals were individuals with type II diabetes 81,7 (n=49).

The results obtained with the present study allow us to state that the pattern of alcohol consumption in the majority of respondents is a low risk consumption pattern.

There fare, it can be seen verified that respondents consume less than two standard doses (20grams of pure alcohol) per day or that they do not exceed the amount of five standard doses on a single occasion.

In terms of intervention in the population for this consumption pattern, health education is implemented in order to maintain the current use pattern.

Key Words: Diabetes, Alcoholism, Adults

AGRADECIMENTOS

No término desta jornada, sendo uma etapa tão importante na minha vida e por ser a realização de um sonho, existem pessoas às quais devo exprimir de forma sentida o meu maior agradecimento por me terem acompanhado, incentivado e apoiado sempre, contribuindo também, de certa forma para a realização deste Projeto de Graduação.

À minha orientadora deste projeto de graduação, Professora Doutora Teresa Moreira, agradeço a disponibilidade e o apoio incondicional dado desde o primeiro momento.

À minha mãe e pai, pelo incentivo, pela oportunidade e pelos conselhos sábios que me fizeram ter força para abraçar o curso com que sempre sonhei, a Enfermagem.

À minha irmã, sempre presente, para me apoiar em todas as conquistas e projetos, com a força que necessitei e que me fez crescer ao longo do curso.

Ao meu marido, pela paciência e compreensão nas horas em não estive presente.

Ao meu filho, que foi crescendo durante este trajeto, dando sentido na conquista e realização deste sonho.

À minha grande amiga Vânia, sempre presente nas fases mais importantes da minha vida e pelo apoio dado ao longo do curso.

Às colegas de curso, Cátia, Ana e Vanesa por terem tornado estes quatro anos de Licenciatura os melhores, por poder de partilha destes momentos com elas.

À amiga e colega de curso Patrícia por me ter acompanhado em todos os momentos, bons e menos bons, pelas conquistas e pelo percurso que fizemos juntas.

À amiga, enfermeira Margarida, pelo grande apoio e pela presença constante em todos os momentos.

À Universidade Fernando Pessoa e a todos os docentes por terem partilhado o seu saber, depositando toda a dedicação e empenho na transmissão de conhecimento, contribuindo para o meu sucesso.

*“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.
Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!”*

Florence Nightingale

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test

CID-10 – Classificação Internacional das Doenças

CSP – Cuidados De Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM-V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

SICAD – Serviço de Intervenções nos Comportamento Aditivos e nas Dependências

WHO – World Health Organization

% - Percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
I. FASE CONCEPTUAL.....	22
1. O problema de investigação	22
1.1. Domínio da investigação	23
1.2. Questão pivô e questões de investigação.....	23
2. Revisão da literatura	25
2.1. Diabetes	25
2.1.2. Tipos de diabetes	26
2.1.3. Fatores de risco	27
2.1.4. Diagnóstico.....	27
2.1.5. Tratamento.....	28
2.2. Álcool	28
2.2.1. Classificação de bebidas alcoólicas	29
2.2.2. Metabolismo do álcool	30
2.2.3 Efeitos do consumo de álcool.....	30

2.3 Alcoolismo	31
2.3.1. Fatores de perturbação relacionada com o álcool.....	31
2.3.2. Classificação dos tipos de consumo de álcool.....	31
2.3.3. Dependência, tolerância e abstinência alcoólica	32
2.3.4. Fases do abuso de álcool	34
2.3.5. Consequências do consumo de álcool	35
2.4. Qualidade de vida no adulto	36
2.5. Intervenções Breves.....	37
2.6. Papel da enfermagem na redução do consumo.....	38
3. Objetivos geral e específicos	39
II. FASE METODOLÓGICA.....	40
1. Desenho de investigação	40
1.1. Tipo de estudo	40
1.2. População-alvo, amostra e processo de amostragem.....	41
1.3. Instrumento de recolha de dados	43
1.4. Variáveis em estudo.....	45

1.4.1. Variável Dependente	46
1.4.2. Variável Independente	46
1.4.3. Variáveis Atributo	46
1.5. Análise e tratamento de dados	47
2. Salvaguarda dos princípios éticos.....	47
III. FASE EMPÍRICA	49
1. Apresentação, análise e interpretação dos dados.....	49
2. Discussão dos Resultados e Conclusões do Estudo.....	72
CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

ANEXOS

Anexo 1 – Declaração de Consentimento Informado

Anexo 2 – Questionário

Anexo 3 – Pontuação no AUDIT

Anexo 4 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa da proposta de Projeto de Graduação

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa à “Idade”.....	50
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa ao “Gênero”.....	50
Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa ao “Estado Civil”..	51
Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa à “Atividade Profissional / Ocupação”	51
Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa à “Escarlaridade” ...	52
Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa ao “Local de Residência”	53
Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa ao “Centro de Saúde” de acordo com a Unidade de Saúde Familiar a que pertencem	54
Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa à questão “Frequenta a Consulta do Diabético?”	55
Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa a questão “Com quem vive?”	55
Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa à questão “Têm Diabetes?”	56
Tabela 11 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa ao seguimento da questão anterior, “Se sim, de que tipo?”	56

Tabela 12 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa à questão “Que tipo de tratamento faz para a diabetes?”	57
--	----

Tabela 13 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa à questão “Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes?”	57
---	----

Tabela 14 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa ao seguimento da questão anterior “Se sim, quais?”	58
---	----

Parte II – Questionário: Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)..... 59

Tabela 15 – Distribuição numérica e percentual relativa à 1ª Questão: “Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?”	59
---	----

Tabela 16 – Distribuição numérica e percentual relativa à 2ª Questão: “Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?”	60
--	----

Tabela 17 – Distribuição numérica e percentual relativa à 3ª Questão: “Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?”	61
---	----

Tabela 18 – Distribuição numérica e percentual relativa à 4ª Questão: “Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu que não conseguia parar de beber depois de começar?”	62
---	----

Tabela 19 – Distribuição numérica e percentual relativa à 5ª Questão: “Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?”	63
--	----

Tabela 20 – Distribuição numérica e percentual relativa à 6ª Questão: “Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?”	64
--	----

Tabela 21 – Distribuição numérica e percentual relativa à 7ª Questão: “Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?”	65
---	----

Tabela 22 – Distribuição numérica e percentual relativa à 8ª Questão: “Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?”	66
---	----

Tabela 23 – Distribuição numérica e percentual relativa à 9ª Questão: “Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?”	67
--	----

Tabela 24 – Distribuição numérica e percentual relativa à 10ª Questão: “Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?”	68
--	----

Tabela 25 – Classificação final dos níveis de risco do consumo de bebidas alcoólicas na amostra de Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima	69
---	----

Tabela 26 – Classificação final dos níveis de risco do consumo de bebidas alcoólicas na amostra de Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima – Amostra de indivíduos do género masculino	70
---	----

Quanto à classificação final dos níveis de risco do consumo de bebidas alcoólicas na amostra de Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima, relativamente à amostra de indivíduos do género masculino, verifica-se na Tabela 26 que 40,0% (n=16) têm um consumo de Risco, 37,5% (n=15) apresentam um consumo de Baixo Risco ou Abstinência, 17,5% (n=7) têm com um consumo Nocivo e 5,0% (n=2) apresentam uma provável dependência.	70
--	----

Tabela 27 – Classificação final dos níveis do consumo de bebidas alcoólicas na amostra de Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima – Amostra de indivíduos do género feminino	71
---	----

INTRODUÇÃO

De acordo com o plano de estudos do 2º semestre do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima, preconiza-se neste mesmo plano de estudos a realização do presente trabalho, no âmbito da unidade curricular de Projeto de Graduação, elemento este, utilizado como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Assim sendo, o tema escolhido para a realização deste trabalho de investigação foi conhecer “O Consumo de Bebidas Alcoólicas nos Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima”.

De acordo com Fortin (2009, p.15), a investigação científica,

permite descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos, trata-se uma etapa preliminar de uma investigação científica, no decurso da qual é necessário estabelecer os limites do objeto de estudo e precisar a maneira de realizar cada uma das etapas do processo de investigação.

Para a realização deste trabalho de investigação, são várias as motivações, tanto pessoais como as académicas que estiveram na origem da sua execução. Em termos pessoais trata-se de uma temática que ao longo do ciclo de formação no Curso de Licenciatura em Enfermagem, despertou bastante interesse na aluna, já que se trata de um grave problema de saúde pública presente no nosso dia-a-dia, tornando-se necessário cada vez mais mostrar à nossa sociedade as causas e consequências que acarreta o consumo de bebidas alcoólicas. Sendo o consumo de álcool um grave problema de saúde pública, presente no nosso dia-a-dia, nunca é demais salientar as quão nefastas são as consequências, mostrando através deste estudo o resultado do consumo de bebidas alcoólicas no indivíduo. Em termos académicos este trabalho tem como finalidade ser utilizado como um elemento de avaliação da unidade curricular de Projeto de Graduação e também de uma oportunidade em que a aluna coloca em prática os seus conhecimentos adquiridos relativos à investigação científica.

Segundo a DGS, a Europa é a região do mundo com maior consumo de álcool, estimando-se um consumo médio de 12,5 litros de álcool puro por pessoa, com mais de 15 anos, em 2009. No caso de Portugal, o consumo é ainda mais elevado, tendo-se estimado nesse mesmo ano que o consumo médio da população, correspondeu a um total de 13,4 litros.

De acordo com a Sinopse Estatística do SICAD (2016), em 2016 registaram-se em Portugal 2515 óbitos por doenças atribuíveis ao álcool, representando um acréscimo de 9%, comparativamente com 2015, o mais elevado dos últimos 5 anos.

Na realização de uma investigação é essencial definir objetivos, o objetivo geral e objetivos específicos. Com isto, o objetivo geral é “Conhecer o padrão de consumo de bebidas alcoólicas numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima.”. No que concerne os objetivos específicos, pretende-se “Identificar a frequência do consumo de bebidas alcoólicas numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima.”;” Avaliar os sintomas de dependência alcoólica numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima.” e “Identificar as consequências do consumo de bebidas alcoólicas numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima.”.

Durante a realização deste estudo deparamo-nos com algumas limitações, podendo destacar-se alguma inexperiência por parte da investigadora, na realização de trabalhos de investigação, assim como na execução de algumas etapas que estes tipos de estudos apresentam. Um outro fator que dificultou a realização desta investigação surgiu na abordagem dos inquiridos e na procura de possíveis participantes com as características definidas pelos critérios de inclusão no estudo. Apesar destas pequenas intercorrências, com empenho e dedicação da investigadora, foi possível superar todos os obstáculos que foram surgindo ao longo do tempo em que decorreu a investigação.

O presente estudo encontra-se dividido em três fases: a fase concetual, a fase metodológica e a fase empírica. Na fase concetual, são definidos os elementos de um problema, em se apresenta o problema de investigação a ser trabalhado, onde são apresentadas as questões de investigação, assim como os objetivos em estudo e também

a revisão inicial da literatura, relativa ao tema em estudo. Na fase metodológica, são apresentados os meios de como se propõe realizar a investigação. Neste sentido, é apresentado o desenho da investigação, é definido o tipo de estudo a ser aplicado, sendo sucessivamente feita a apresentação da amostra e população-alvo, o processo de amostragem, são definidas as variáveis, é feita a apresentação do instrumento de colheita de dados a aplicar, e onde são definidas as estratégias de salvaguarda dos princípios éticos. Na fase empírica, que corresponde à última fase do Projeto de Graduação, é feita a apresentação, análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos, com a aplicação do questionário, terminando o mesmo, com a apresentação das principais conclusões obtidas com a realização do estudo.

I. FASE CONCEPTUAL

De acordo com Fortin (2009, p. 49), a fase concetual, consiste em definir os elementos de um problema. No decorrer desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação necessária sobre um tema preciso, de modo a chegar-se a uma conceção clara do problema.

Segundo a mesma autora, a fase concetual é composta por cinco etapas. A primeira etapa trata do momento da escolha do tema de estudo, na segunda é feita a revisão da literatura, na terceira é elaborado um quadro de referências, na quarta é formulado o problema de investigação e por fim na quinta e última, é definido o enunciado dos objetivos e das questões de investigação (Fortin, 2009, p. 49).

1. O problema de investigação

Para Fortin (2009, p. 52), a fase da formulação do problema de investigação trata do processo de investigação que consiste em efetuar uma síntese do conjunto dos elementos da informação colhida sobre o tema em estudo.

De acordo com a mesma autora, esta fase é crucial no processo de investigação, já que para a formulação do mesmo, é necessário a reunião de um conjunto de elementos, que uma vez ordenados uns em relação aos outros, darão uma visão clara do problema (Fortin, 2009 p. 142).

Formular o problema de investigação é fundamental uma vez que define uma direção e coerência, delimita o estudo, apresentando as suas fronteiras, guiando a revisão da literatura para a questão central (Coutinho, 2014, p. 49).

Neste sentido, para este trabalho de investigação, a problemática em estudo é “Qual o padrão de consumo de bebidas alcoólicas nos adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima?”.

1.1. Domínio da investigação

De acordo com Fortin (2009, p. 67), a escolha de um tema de estudo é uma etapa fundamental no processo de investigação, pois é a partir daqui que vai influenciar o desenrolar das etapas seguintes.

Para a mesma autora, o tema em estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que é de interesse do investigador e que o leva a fazer uma investigação, de modo a aumentar os seus conhecimentos (Fortin, 2009, p. 67).

Com base nestas afirmações, o tema em estudo deste Projeto de Graduação é “Conhecer o padrão de consumo de bebidas alcoólicas nos adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima”.

A escolha deste tema prende-se com o facto do alcoolismo ser um problema sério de saúde pública em Portugal, que afeta não só o indivíduo, a nível físico e psíquico, como também origina perturbações a nível familiar, social e laboral. Por isso mesmo, esta foi uma das temáticas que ao longo do ciclo de formação no Curso de Licenciatura em Enfermagem, despertou bastante interesse por parte da investigadora, já que se trata de um problema presente no dia-a-dia da população, tornando-se assim necessário, cada vez mais demonstrar à sociedade, as causas e consequências que acarreta o consumo de bebidas alcoólicas.

1.2. Questão pivô e questões de investigação

Segundo Fortin (2009, p. 72),

A formulação da questão constitui uma parte importante da investigação e determina o ângulo sob o qual o problema será considerado, o tipo de dados a colher, assim como as análises a realizar. Uma vez escolhido o tema e investigação, precisados o ou os conceitos e determinada a população, convém interrogar-se sobre a questão a colocar.

Ainda para a mesma autora, a questão pivô ou também conhecida como questão de partida, trata-se de uma questão que precede o tema de estudo e o situa num certo nível de conhecimentos. Reporta-se a um nível de investigação determinado, correspondente ao grau de conhecimentos, que se possui sobre o tema de estudo (Fortin, 2009, p. 73).

Tendo em vista a afirmação apresentada, a questão pivô deste projeto de investigação é:

- “Qual o padrão de consumo de bebidas alcoólicas numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima?”.

Relativamente à questão de investigação, de acordo com Fortin (2009, p. 72-73), esta é definida como sendo uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento já existente. É um enunciado claro e não evocado que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.

De acordo com esta afirmação, as questões de investigação, definidas são:

- Qual é a frequência do consumo de bebidas alcoólicas numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima?
- Quais são os sintomas de dependência alcoólica numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima?
- Quais são as consequências do consumo de bebidas alcoólicas numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima?

2. Revisão da literatura

A revisão inicial da literatura tem por objetivo colher informação sobre a atualidade de um dado tema, consultando diversas obras de referência (Fortin, 2009, p. 89).

De acordo com a mesma autora (2009, p. 87), a revisão da literatura incide sobre dois objetivos principais que são: determinar o que foi escrito sobre o tema que se propõe investigar e esclarecer a forma como um determinado problema foi estudado.

No que diz respeito, então, à revisão da literatura do tema em estudo, são em seguida abordados os temas da Diabetes referindo os tipos, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. Será também abordado o conceito do Álcool referindo a classificação das bebidas alcoólicas, o seu metabolismo e os efeitos do seu consumo. Também se abordará o tema do Alcoolismo, referindo os fatores de perturbação relacionados com o álcool, a classificação dos tipos de consumo, os conceitos de dependência, tolerância e abstinência alcoólica, as fases do abuso de álcool e as consequências do consumo. Ainda relacionado com a temática em estudo, será também abordada a qualidade de vida no adulto, as intervenções breves e o papel da enfermagem na redução do consumo de bebidas alcoólicas.

2.1. Diabetes

De acordo com a CID *cit in* Amaral (2011, p.16), a Diabetes trata-se de um conjunto de doenças metabólicas de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crónica com alterações do metabolismo das proteínas, lípidos e glícidos. Deriva de uma deficiente secreção de insulina, relativa ou absoluta, a que se podem associar graus variáveis de insulinoresistência e um conjunto de complicações neurológicas, micro e macro vasculares relacionadas, cuja prevenção passa por um diagnóstico e tratamento precoce.

Segundo o mesmo autor,

A atribuição do tipo de diabetes depende frequentemente das circunstâncias em que é feito o diagnóstico e para muitos indivíduos não é fácil atribuir-lhes uma só classe, mas mais importante que a classificação é compreender a patogénese da hiperglicemia e trata-la de forma eficaz.

De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2016, p.8),

Em 2015 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes (...)

Segundo o mesmo Relatório, o envelhecimento da população portuguesa na faixa etária dos 20 aos 79 anos, refletiu-se num aumento de 1,6 pontos percentuais da taxa de prevalência da diabetes entre 2009 e 2015, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%. Dessa taxa, 56% dos indivíduos já tinha diagnóstico confirmado e 44% ainda não tinha sido diagnosticada.

2.1.2. Tipos de diabetes

De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2016, p.63), a *Diabetes mellitus* está classificada em diversas classes etiologicamente distintas:

- **Diabetes Mellitus Tipo I (Diabetes Insulino Dependente)** – Caracteriza-se por um tipo de Diabetes que surge em crianças, adolescentes ou jovens adultos e ocorre devido a uma cessação de produção de insulina, consequente de uma resposta imunológica a uma infeção viral. Este tipo é insulino dependente e diagnosticado, requer tratamento imediato e vigilância.
- **Diabetes Mellitus Tipo II (Não Insulino – Dependente)** – Caracteriza-se por um tipo de Diabetes que surge em idade adulta, geralmente acima dos 40 anos. Resulta de uma resistência das células orgânicas à ação da insulina, numa quantidade insuficiente, produzida para controlar a quantidade de açúcar

ingerido. O controlo deste tipo de diabetes, requer uma vigilância constante que passa pela adaptação da alimentação, a prática de exercício físico e terapêutica adequada, nomeadamente terapêutica farmacológica do grupo dos antidiabéticos.

- **Diabetes Gestacional** - É caracterizada por uma deficiência no metabolismo da glicose que em consequência provoca episódios de hiperglicemia constantes. É habitualmente diagnosticada durante o período gestacional que termina após o parto. As grávidas nas quais for diagnosticado este tipo de diabetes, apresentam um risco elevado em desenvolver, posteriormente, diabetes *mellitus* tipo II.

Existem ainda outros tipos de específicos de diabetes *mellitus* que são consequências de um processo etiopatogénico, nomeadamente, doença pancreática, infeções, formas raras de diabetes *mellitus* auto-imune, entre outros casos.

2.1.3. Fatores de risco

Segundo Amorim (2015, p.16), o aparecimento da Diabetes, depende não só de fatores genéticos e ambientais, como vírus, toxinas e certos componentes alimentares. Depende também, de acordo com Guimarães (2011), de fatores comportamentais, relacionados com os estilos de vida, que estão fortemente interligados com a manifestação dos primeiros sintomas.

2.1.4. Diagnóstico

De acordo com Guimarães (2011, p. 34),

Os requisitos para a confirmação de um diagnóstico são diferentes num doente com sintomatologia grave e hiperglicemia marcada e num doente assintomático com valores de glicemia ligeiramente acima dos valores de referência.

Segundo o mesmo autor o diagnóstico é elaborado segundo níveis de glicemia, estando associada a sintomatologia, nomeadamente polidipsia, poliúria, polifagia, infeções

recorrentes e visão turva. Em casos mais graves pode ainda manifestar-se por sonolência e coma.

Segundo a DGS (2011), o diagnóstico da diabetes é elaborado com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso, na população em geral:

- a) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l);
- b) Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l);
- c) Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75 mg de glicose;
- d) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

2.1.5. Tratamento

De acordo com Amorim (2015, p. 20), o tratamento da diabetes baseia-se na obtenção de valores de glicemia próximos dos valores normais, levando a um menor risco de complicações. Para se conseguir um tratamento efetivo é necessário a automonitorização da glicemia, terapêutica farmacológica, uma alimentação saudável e prática de exercício físico. Para o indivíduo diabético é essencial modificar o seu estilo de vida, assumindo assim novos comportamentos, para uma prática de vida saudável.

2.2 Álcool

De acordo com Santos (2017, p.17),

(...) O álcool é uma substância tóxica conhecida desde há muito (...) e o seu consumo generalizou-se, sendo notório um confuso esbatimento de fronteiras entre o ato de beber recreativo ou social e o abuso do álcool.

O etanol ou álcool etílico, é uma molécula que pode ser de origem natural ou sintética, sendo o principal componente das bebidas alcoólicas e cuja fórmula química é representada por $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$. É caracterizado por um líquido incolor que apresenta um odor e sabor ardente (Costa, 2017).

De acordo com Parreira (2010, p. 18), o álcool é um composto orgânico resultante da fermentação de açúcares de origem vegetal, tais como frutos, mel, tubérculos e cereais, sob a influência de microrganismos, também designados como leveduras.

De acordo com Jorge, F., et al. (2017), o consumo médio de álcool por pessoa na população adulta portuguesa é de cerca de 12,4 litros, um valor superior à média Europeia definida. Nos últimos dados epidemiológicos estes consumos apontam para uma diminuição relativamente à população em geral, em contrapartida verifica-se que existe um acréscimo dos consumos problemáticos e nocivos em determinados grupos etários.

Segundo a DGS (2017), a taxa de consumo de álcool em Portugal teve uma diminuição na ordem dos 15%, contudo, ainda mantém mesmo assim, uma média de consumo elevado.

2.2.1. Classificação de bebidas alcoólicas

Segundo Santos (2017, p. 18), existem vários tipos de bebidas alcoólicas e podem ser classificadas em dois tipos:

- **Bebidas Alcoólicas Fermentadas** – as bebidas alcoólicas fermentadas são bebidas que resultam da combinação do álcool etílico com açúcares de produtos alimentares e da ação de leveduras, dando origem a bebidas como vinho, cerveja e cidra.
- **Bebidas Alcoólicas Destiladas** - as bebidas alcoólicas destiladas, surgem através do aproveitamento de bebidas fermentadas, levando à sua evaporação e

posteriormente à condensação em frio, originando bebidas tais como, whisky, vodka, rum e aguardente.

2.2.2. Metabolismo do álcool

De acordo com Mello (2001) *cit in* Santos (2017), a absorção do álcool no organismo inicia-se na mucosa digestiva sem que esta sofra antecipadamente a sua digestão. O álcool é absorvido em pequenas quantidades na cavidade oral e no esófago, passando a sua absorção a ser em quantidade moderada no estômago, cerca de 30%, no duodeno cerca de 65% que é o principal local de absorção e a restante quantidade, absorvida no colon.

Sendo a absorção intestinal mais rápida do que a absorção gástrica, a taxa de esvaziamento gástrico é um fator decisivo na taxa de absorção. Existem fatores que influenciam a taxa de esvaziamento gástrico e a absorção de álcool, nomeadamente, o tipo e quantidade de alimentos existentes no estômago, a concentração de álcool, a taxa de álcool, o fluxo sanguíneo no local de absorção e a integridade das mucosas (Mitchell Jr, 2014 *cit in* Carvalho, 2015).

2.2.3 Efeitos do consumo de álcool

De acordo com Mello (2001) *cit in* Costa (2017), o consumo excessivo de álcool pode ter efeitos nefastos no organismo, efeitos esses que variam, dependendo da quantidade de álcool ingerida, da qualidade e da tolerância que o indivíduo apresenta.

Segundo a DGS (2017) *cit in* Costa (2017), os efeitos que podem ocorrer após o consumo de bebidas alcoólicas são, a dificuldade na articulação de palavras, a sonolência, as náuseas e vômitos, diarreia, pirose, cefaleias, alterações a nível visual e auditivo, perturbações na atenção e raciocínio, percepção e coordenação motora alteradas, perda de reflexos, estado de coma alcoólico.

2.3 Alcoolismo

Para Secades (2001) *cit in* Parreira (2017, p.26) o Alcoolismo é definido como,

(...) um estado de dependência física e psíquica, que determina os comportamentos dirigidos para um consumo compulsivo e continuado de álcool, a despeito das suas consequências nefastas em termos fisiológicos, psicológicos ou sociais.

Segundo Mello, et al. (2001) *cit in* Costa (2017) o alcoolismo,

(...) não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais.

2.3.1. Fatores de perturbação relacionada com o álcool

De acordo com Santos (2017), existem três fatores de perturbações relacionadas com o abuso do álcool: biológicos, psicológicos e socioculturais.

- **Fatores Biológicos** – Genética, aspetos bioquímicos;
- **Fatores Psicológicos** – Influências no desenvolvimento, fatores da personalidade;
- **Fatores Socioculturais** – Aprendizagem social, condicionamento, influências éticas e culturais.

2.3.2. Classificação dos tipos de consumo de álcool

Segundo Santos (2017, p. 20) os tipos de consumo de consumo de álcool são classificados em Uso, Abuso e Dependência.

- **Uso** – Designa-se como a fase da experimentação, ou seja, o consumo só é feito em momentos festivos, não produzindo complicações associadas.
- **Abuso** – Designa-se como a fase em que o consumo já é feito de forma ocasional ou repetitivo, podendo originar tanto uma dependência alcoólica, como também, outras complicações associadas.
- **Dependência** – Designa-se como uma fase onde existe tolerância ao álcool, caracterizada pelo seu consumo compulsivo.

2.3.3. Dependência, tolerância e abstinência alcoólica

A dependência alcoólica é um conceito que se encontra interligado com a tolerância e com a abstinência, sendo que a dependência é caracterizada pela existência de tolerância ao álcool, possibilitando ao indivíduo realizar as suas atividades de vida diárias, sob o seu efeito. Contudo, após a privação desta substância, ocorrem as mais variadas manifestações derivadas da abstinência.

O DSM-V (2013) define a dependência do álcool, como o comportamento que ocorre derivado do consumo de álcool de pelo menos três, das sete categorias de funcionamento, que surjam num período de doze meses. Essas categorias são:

- Evidência de tolerância em que são necessárias elevadas quantidades para obter o efeito desejado;
- Síndrome de abstinência ou consumo de álcool para evitar ou aliviar os indícios de abstinência;
- Desejo intenso ou compulsão para consumir uma dada substância;
- Desejo intenso ou esforço, sem êxito, para diminuir ou controlar o consumo de bebidas alcoólicas;

- Aumento do tempo despendido em consumir, conseguir ou recuperar-se dos efeitos de álcool;
- Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses, como atividades sociais, ocupacionais ou recreativas, devido à utilização de substâncias;
- Persistência no consumo de álcool, mesmo em situações em que é contraindicado, tanto a nível físico, como psicológico.

De acordo com Lemos (2010) e Nunes (2007), o processo de tolerância à substância inicia-se quando um indivíduo após consumo de quantidades consideráveis de álcool é capaz de manter a sua ingestão, atingindo níveis máximos de alcoolémia, que em indivíduos não-dependentes os incapacitaria.

Segundo Lorenzo *cit in* Lemos (2010), para atingir o nível pretendido de intoxicação ou efeito, têm necessidade de aumentar a dose, sendo que esse mesmo efeito vai diminuindo com o consumo contínuo.

De acordo com Datasus (2008) define a abstinência como,

Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado (...).

A Abstinência alcoólica é caracterizada pela diminuição ou interrupção voluntária do consumo da substância, conduzindo à manifestação de sintomatologia, tais como os tremores matinais das mãos, hiperatividade autonómica (diaforese ou pulsação superior a 100 batimentos por minuto), insónias, agitação psicomotora, sudorese, alucinações ou ilusões visuais/táteis/auditivas, ansiedade, náuseas ou vômitos, distúrbios de humor e convulsões do tipo de grande-mal (Costa, 2017 e DSM-V, 2013).

Segundo Costa (2017), estes episódios ocorrem de forma brusca após diminuição da concentração de álcool no sangue que ocorre de quatro a doze horas após a sua cessação ou após diminuição do consumo.

2.3.4. Fases do abuso de álcool

De acordo com Palha (2011, p.8),

A transição do simples uso ao abuso e à dependência é tão subtil que, em muitas ocasiões, são os problemas como acidentes de viação, os atos violentos, os problemas no trabalho, que antecedem o diagnóstico. Assim, o alcoolismo pode ser perspectivado como o ponto final de um contínuo que se percorre pouco a pouco sem dar conta.

Segundo Jelliek (1997) *cit in* Costa (2017), existem quatro fases relativamente ao padrão de uso ou abuso do álcool que são:

- 1- **Fase Pré-Alcoólica:** Consumo de álcool para aliviar stresse e tensões do dia-a-dia, a repetição da ação observada nos pais e outros e o desenvolvimento de tolerância ao álcool.
- 2- **Fase Alcoólica Inicial:** Ocorrem períodos de amnésia, o álcool passa a ser uma necessidade para o indivíduo, consumindo álcool às escondidas, inicia-se a fase do sentimento de culpa, ocorrendo uma atitude defensiva quanto à sua ingestão, recorrendo ao uso de mecanismos de negação e de racionalização para justificar o abuso.
- 3- **Fase Crucial:** Ocorre a perda de controlo, há dependência fisiológica visível, ocorre uma ingestão excessiva de álcool muito acima do normal, períodos de mau estar, perda de consciência, desleixo e desorganização, raiva e agressividade. O indivíduo arrisca tudo para manter a dependência do álcool, o seu foco total, podendo até gerar a perda do emprego, afastamento da família e amigos e até mesmo, perda do respeito por si próprio;

- 4- Fase Crónica e Residual:** Ocorre a desintegração física e emocional. Na maior parte do tempo o indivíduo encontra-se embriagado, há uma impotência e pena de si próprio, ocorrendo manifestações físicas no organismo, com períodos de abstinência com alucinações, tremores, convulsões, agitação e pânico, depressão e ideias suicidas.

2.3.5. Consequências do consumo de álcool

De acordo com Sharp e Corp., (2017) *cit in* Santos, (2017), o consumo excessivo de álcool pode provocar efeitos nefastos no sistema orgânico do indivíduo. Essas consequências são:

- **Neuropatia periférica** – danos nos nervos periféricos, seguido de dor, sensação de ardor, formigueiro, sensação de picadas nas extremidades, resultado da carência de tiamina;
- **Miopatia alcoólica** – dores musculares, edemas, fraqueza, urina com coloração avermelhada, resultante da carência de vitamina B;
- **Encefalopatia de Wernicke** – grave carência de tiamina. Provoca paralisia dos músculos oculares, diplopia, ataxia, sonolência, letargia podendo levar à morte;
- **Psicose de Korsakoff** – provoca confusão e perda de memória recente;
- **Cardiomiopatia alcoólica** – provoca insuficiência cardíaca congestiva e arritmias;
- **Esofagite** – provocada pelas consequências tóxicas do álcool, originando vômitos frequentes;

- **Hepatite alcoólica** – provocada pela ingestão prolongada e efeitos tóxicos do álcool, o fígado e baço aumentam de dimensão e ficam mais sensíveis, ocorrendo náuseas e vômitos, letargia, anorexia, ascite e perda de peso;
- **Cirrose hepática** – estado final da hepatite crónica, advém da destruição das células hepáticas. Provoca náuseas, vômitos, anorexia, perda de peso, dor abdominal, icterícia, edemas, anemia, anomalias na coagulação;

E ainda:

- **Hipertensão portal;**
- **Ascite;**
- **Varizes esofágicas;**
- **Encefalopatia hepática;**
- **Trombocitopenia;**
- **Disfunção sexual.**

2.4. Qualidade de vida no adulto

De acordo com a OMS (2017) *cit in* Santos (2017), a qualidade de vida, remete para um conceito humano, constituído pela saúde física e psicológica, o nível de dependência, as relações sociais e a sua interligação com o meio ambiente. Contudo, estas vertentes podem ser afetadas por diversos fatores, internos ou externos, colocando em risco a qualidade de vida do indivíduo.

Sabe-se que o consumo de álcool acima dos padrões recomendados pode despoletar fatores de risco do desenvolvimento da doença, incapacidade e mesmo a morte, tendo, não só, um impacto devastador a nível social e familiar, mas também, consequências físicas e económicas colocando o indivíduo em situação de risco (Esgaio e Barroso, 2018).

2.5. Intervenções Breves

De acordo com a WHO (2005), estas são um conjunto de intervenções de curta duração não excedendo as cinco sessões, com uma duração que pode variar entre cinco a sessenta minutos de aconselhamento. Têm como objetivo uma intervenção precoce com uma base educativa e motivacional, dando informação, educação para a saúde e aconselhamento de forma a ajudar a gerir comportamentos específicos relacionados com os consumos.

De acordo com a mesma fonte, existem seis elementos integrantes de uma intervenção breve, que se podem apresentar no acrónimo **FRAMES**, sendo as seguintes:

- **F - Feedback (retorno):** Devolução de informação sobre o tipo de consumo do indivíduo apresentando os resultados obtidos através do instrumento de recolha de dados utilizado *Alcohol Use Disorder Identification Test*. Este passo promove a perceção do tipo de consumo e ajuda a iniciar o processo motivacional.
- **R - Responsibility (responsabilidade):** Sensibilizar o paciente para a responsabilidade relativamente ao consumo de álcool e ao processo de mudança mantendo uma postura de não confrontação.
- **A - Advice (aconselhamento)** – Fornecer orientações claras e objetivas sobre os problemas que o paciente apresenta ou possa vir a apresentar e a sua possível relação com outros problemas de saúde.

- **M - Menu (menu de estratégias)** – Identificar situações de risco para o consumo de álcool, definir metas em relação ao consumo, para diminuição ou abstinência e estratégias para as alcançar.
- **E - Empathy (empatia)** – Adotar uma postura empática, acolhedora, segura e objetiva em relação ao indivíduo, de modo a promover uma maior aceitação do aconselhamento.
- **S - Self- efficacy (autoeficácia)** – Promoção do sentimento de segurança e auto-eficácia em relação à resolução do problema.

As intervenções breves são relevantes na intervenção dos problemas ligados ao álcool, quando existe um risco ou um consumo nocivo que não constitui um quadro de dependência de álcool e quando não está associado a uma perda de função significativa.

Segundo Esgaio e Barroso (2018), em Portugal, embora as intervenções breves ainda não estejam difundidas nos Serviços de Saúde, existem diretrizes da DGS que recomendam a sua utilização, nomeadamente a Norma nº 030/2012 atualizada em 2014, sobre a identificação precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool nos Serviços de Saúde, recomendando a triagem a toda a população em função dos níveis de risco para o consumo, identificados/ referenciados.

2.6. Papel da enfermagem na redução do consumo

Para uma intervenção precoce, os enfermeiros, nomeadamente dos CSP, ocupam uma posição privilegiada contribuindo para uma deteção precoce dos utentes que apresentam padrões de risco para o desenvolvimento do consumo de álcool. O objetivo que se pretende é implementar intervenções breves, no intuito de uma mudança de comportamento, com o objetivo de reduzir ou cessar o consumo de bebidas alcoólicas (Jorge et al, 2017).

3. Objetivos geral e específicos

De acordo com Fortin (2009, p. 160), o enunciado do objetivo deverá indicar de forma clara e límpida qual o fim que o investigador prossegue. O mesmo especifica as variáveis-chave, a população alvo e o verbo de ação que orientará a investigação.

Segundo Ribeiro (2010, p. 34), os objetivos de investigação reapresentam tudo o que o investigador se propõe a fazer de modo a dar resposta às questões de investigação.

Nesse sentido o objetivo geral definido é:

- Conhecer o padrão de consumo de bebidas alcoólicas numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima.

Em relação aos objetivos específicos, estes são:

- Identificar a frequência do consumo de bebidas alcoólicas numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima.
- Avaliar os sintomas de dependência alcoólica numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima.
- Identificar as consequências do consumo de bebidas alcoólicas numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima.

Em seguida será descrito o tipo de estudo, o meio para a sua realização, a população-alvo, a amostra e o processo de amostragem, as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados a utilizar e o modo de como se irá realizar o tratamento e análise dos dados.

II. FASE METODOLÓGICA

De acordo com Fortin (2009, p. 53),

A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses. A natureza do desenho varia segundo o objetivo do estudo consista em descrever fenómenos ou em explorar ou verificar associações entre variáveis ou diferenças entre grupos. Após ter estabelecido a maneira de proceder, o investigador define a população em estudo, determina o tamanho da amostra e precisa os métodos de colheita de dados.

Além disso, a fase metodológica é assim composta por quatro etapas que começam pela escolha do desenho da investigação, a definição da população e da amostra, a elaboração de métodos ou escalas de medida ou de tratamento das variáveis e a escolha dos métodos de colheita e análise de dados (Fortin, 2009, p. 54).

Em seguida será descrito o tipo de estudo, o meio para a sua realização, a população-alvo, a amostra e o processo de amostragem, as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados a utilizar e o modo de como se irá realizar o tratamento e análise dos dados.

1. Desenho de investigação

Para Fortin (2009, p. 214), o desenho de investigação define-se como o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. O desenho de investigação conduz o investigador na planificação e na realização do seu estudo, de forma a que os objetivos sejam atingidos.

1.1. Tipo de estudo

Na realização deste Projeto de Graduação, optar-se-á por uma metodologia de um desenho descritivo, método quantitativo e transversal em termos de dimensão temporal.

Quanto ao desenho da investigação, optou-se por um desenho descritivo, já que de acordo com Fortin (2009, p. 236), é um desenho que permite “identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população”.

Optou-se por um método quantitativo, porque de acordo com Fortin (2009, p. 27), trata-se de um método que “(...) visa, sobretudo, explicar e predizer um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos.”

Relativamente à dimensão temporal, optou-se por um estudo transversal, que de acordo com Fortin (2009, p. 252), “serve para medir a frequência da aparição de um acontecimento ou de um problema num determinado momento”.

1.2. População-alvo, amostra e processo de amostragem

De acordo com Fortin (2009, p. 311), a população alvo trata-se de um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações. Como geralmente não se tem a possibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, examina-se a população acessível que é a população a que se tem oportunidade de aceder. Esta deve ser representativa da população alvo.

Tendo em conta a afirmação anterior, a população alvo selecionada para esta investigação trata-se de uma amostra de adultos Diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima.

Relativamente à amostra, de acordo com Fortin (2009, p. 312), esta trata-se de uma fração da população sobre a qual se faz o estudo. Deverá ser representativa da população, em que certas características conhecidas devem estar presentes em todos os elementos da população.

Com isto, a amostra escolhida é composta por 60 adultos residentes no concelho de Ponte de Lima que possuem as características definidas nos critérios de inclusão definidos para a investigação.

No que diz respeito ao processo de amostragem, optou-se por um processo de amostragem não probabilística e em termos do método de amostragem, o mesmo será sob forma de bola de neve.

De acordo com Fortin (2009, p. 321), o processo de amostragem não probabilística é um processo de amostragem que “não dá a todos os elementos da população a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra”.

Relativamente ao método de amostragem em bola de neve, de acordo com Fortin (2009, p. 322), este é um método em que “indivíduos recrutados inicialmente sugerem, a pedido do investigador, os nomes de outras pessoas que lhe parecem apropriados para participar no estudo”.

O método de amostragem em bola de neve consiste em procurar pessoas que possuam um conjunto de características definidas pelo próprio investigador, de modo a fazerem parte da amostra. Pretende-se a partir daqui que cada inquirido que possua esse conjunto de características, indique o contacto de outras pessoas que conheça que possuam esse mesmo conjunto de características e que sejam potenciais participantes para este estudo. Nesse sentido, o primeiro participante será alguém de que se terá conhecimento prévio que possua as características definidas para poder fazer parte da amostra. A partir deste primeiro participante ser-lhe-á então solicitado que indique o contacto de outras pessoas que reúnam um conjunto de características necessárias para virem a fazer parte da amostra.

De acordo com Fortin (2009, p. 311), a população em estudo é inicialmente heterogénea, ou seja, os elementos que a compõem são de natureza diferente, pelo que é necessário definir um conjunto de critérios que irão definir os elementos que poderão fazer parte da amostra. Esses critérios dividem-se em critérios de inclusão que definem as características que se deseja encontrar nos elementos da amostra e critérios de exclusão que servem para determinar os elementos que não farão parte da amostra.

Como critérios de inclusão para este estudo, os inquiridos deverão então saber ler e escrever, serem residentes no concelho de Ponte de Lima, terem idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 65 anos e terem diagnóstico da Diabetes há mais de 6 meses.

Seguindo a mesma linha de pensamento, os critérios de exclusão, serão todas as restantes pessoas que não possuam as características definidas nos critérios de inclusão para que possam fazer parte da amostra em estudo.

1.3. Instrumento de recolha de dados

De acordo com Fortin (2009, p. 368),

A escolha do método de colheita dos dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis. O investigador deve questionar-se se o instrumento que ele pensa utilizar para recolher a informação junto dos participantes é o mais conveniente para responder às questões de investigação ou verificar hipóteses. Deve estar, portanto, familiarizado com os diversos instrumentos de medida e conhecer as possibilidades. Paralelamente, considera o nível de investigação, assim como os conhecimentos existentes sobre as variáveis.

Com isto, o instrumento de recolha de dados escolhido trata de um questionário, que de acordo com a metodologia de Fortin (2009, p. 380), é um instrumento que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões, sendo este um dos instrumentos de colheita de dados mais utilizado pelos investigadores. O questionário tem como objetivo recolher informação sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo, baseou-se num questionário breve que se encontrava dividido em duas partes. Com isto:

- A primeira parte era constituída por 12 questões, 9 questões relativas aos dados sociodemográficos da amostra (Idade, Género, Atividade profissional, Escolaridade, Local de Residência, Centro de Saúde, se Frequenta a consulta do

Diabético, Com quem vive) e as restantes 4 questões sobre a prevalência da Diabetes (o Tipo de Diabetes *mellitus* que possui, Tratamento, Complicações).

- A segunda parte trata de um questionário que foi desenvolvido por um grupo internacional de pesquisadores sob o patrocínio da OMS, em 1989, validado em Portugal por Roque da Cunha em 2002, tendo como designação, *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT). O AUDIT foi concebido e avaliado durante duas décadas, tendo sido realizado um estudo comparativo em 6 países. Após a publicação do mesmo, foram realizados estudos em todo o Mundo para avaliar a sua validade e fiabilidade na população.

Segundo Kirk, Miller (1986) *cit in* Júnior, Leão e Mello (2001, p. 194), referem que a validade de um estudo é,

“(...) à capacidade que os métodos utilizados numa pesquisa propiciam à consecução fidedigna dos seus objetivos. (...)”

De acordo com os mesmos autores, a fiabilidade de um estudo é:

“(...) à garantia de que outro pesquisador poderá realizar uma pesquisa semelhante e chegará a resultados aproximados”.

O estudo de validação original deste questionário apresentou uma sensibilidade de 92% e uma especificidade de 94% na deteção de consumos de risco e nocivo atuais, apresentando assim uma performance igual ou superior a outros instrumentos.

Este questionário é constituído por 10 questões com a finalidade de efetuar um breve rastreio de avaliação do consumo de bebidas alcoólicas na população. As questões de 1 a 3 tratam da caracterização do consumo de bebidas alcoólicas, as questões de 4 a 6 avaliam os sintomas de dependência e as questões de 7 a 10 avaliam as consequências do consumo.

A pontuação do questionário no final deverá originar um resultado compreendido entre 0 e 40, sendo que mediante a classificação obtida, resultará o tipo de intervenção a aplicar na sociedade em estudo. Por isso mesmo,

- Se o valor obtido for entre 0 e 7 (**Baixo Risco ou Abstinência**) deverá aplicar-se medidas de educação e informação sobre o risco;
- Se o valor obtido for entre 8 e 15 (**Consumo de Risco**) deverá efetuar-se aconselhamento simples;
- Se o valor obtido for entre 16 e 19 (**Consumo Nocivo**) deverá realizar-se uma intervenção breve mais seguimento;
- Se o valor obtido for entre 20 e 40 (**Provável Dependência**) deverá referenciar-se para tratamento, através de Serviços especializados em dependências. (OMS, 2014).

O questionário utilizado no presente estudo, encontra-se disponível para consulta, no anexo 2 deste mesmo documento.

A aplicação do instrumento de colheita de dados, decorreu no período compreendido entre o dia 28 de janeiro e 24 de fevereiro de 2019.

1.4. Variáveis em estudo

Para Fortin (2009, p. 171),

as variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades, ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados.

De acordo com a mesma autora, as variáveis são classificadas segundo o papel que exercem na investigação, pelo que neste sentido e para esta investigação, as variáveis a estudar são: a variável atributo, a variável dependente e a variável independente.

1.4.1. Variável Dependente

Segundo Fortin (2009, p. 48), a variável dependente trata-se, da variável que sofre o efeito da variável independente e que produz um resultado. Para a mesma autora (2009, p. 377), trata-se de uma variável que não é observada, mas que a sua presença é deduzida da relação entre a variável dependente e a variável independente.

Assim sendo para este estudo a variável dependente é o Consumo de Bebidas Alcoólicas.

1.4.2. Variável Independente

Relativamente à variável independente, de acordo com Fortin (2009, p. 171), esta é a variável que é considerada a causa do efeito.

Com isto, para este estudo a variável independente são os Adultos Diabéticos.

1.4.3. Variáveis Atributo

Segundo Fortin (2009, p. 172), a variável atributo são características pré-existentes dos participantes no estudo, que são geralmente constituídas por dados demográficos tais como a idade, o género, a situação de família.

Posto isto, as variáveis atributo para este estudo são a idade, o género, o estado civil, a atividade profissional/ocupação, a escolaridade que possuem e o local de residência.

De seguida irá ser apresentada a análise e os tratamentos de dados colhidos.

1.5. Análise e tratamento de dados

De acordo com Fortin (2009, p. 410-411), a estatística quer seja ela descritiva ou inferencial, está sempre ligada ao nível de medida das variáveis em estudo. Para este estudo será utilizada a estatística descritiva que tem como por objetivo destacar o conjunto dos dados brutos retirados de uma amostra de maneira a que sejam compreendidos, por um lado pelo investigador e por outro pelo leitor.

Assim sendo, relativamente ao tratamento e apresentação dos dados, o tratamento dos dados será realizado tendo por base a estatística descritiva recorrendo ao programa informático Microsoft Office Excel Versão de 2016. No que concerne à apresentação dos dados, os mesmos serão expostos sobre forma de tabelas.

Em seguida serão apresentados os princípios éticos que se devem salvaguardar nesta investigação.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

De acordo com Hulley (2008, p. 243), nas pesquisas que envolvem seres humanos, geralmente geram-se preocupações éticas uma vez que as pessoas voluntárias aceitam os riscos e inconveniências que a investigação em que estão a participar possam acarretar. Para o mesmo autor há três princípios básicos e fundamentais a serem cumpridos que são, o princípio do respeito à pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça.

Quanto ao princípio do respeito à pessoa, o mesmo,

“exige que os investigadores obtenham consentimento informado, protejam aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e mantenham a confidencialidade” (Hulley, 2008, p. 243).

Quanto ao princípio da beneficência, o mesmo,

exige que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-se os prováveis benefícios. Os riscos aos participantes incluem não somente danos físicos, mas também psicológicos, tais como quebra de confidencialidade, estigmatização e discriminação (Hulley, 2008, p. 243).

Quanto ao princípio da justiça, o mesmo,

requere que os benefícios e os ônus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa. Grupos vulneráveis, como aqueles com acesso reduzido aos serviços, com poder decisório limitado ou indivíduos institucionalizados, não possuem capacidade de decidir livremente se querem ou não participar de uma pesquisa. Tais pessoas podem ser atrativas, especialmente quando o acesso e o acompanhamento são convenientes (Hulley, 2008, p. 243).

De forma a dar cumprimento aos princípios delineados anteriormente, para garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, foi entregue uma declaração de consentimento informado, onde os elementos que fizeram parte da amostra, foram informados de forma livre e esclarecida, dos prováveis riscos e benefícios que a sua participação neste estudo comportará. Garantiu-se ainda, aos inquiridos no estudo, que os dados recolhidos seriam utilizados exclusivamente, para fins meramente académicos.

A implementação do instrumento de colheita de dados, como já foi referido, trata-se de um questionário, que será realizado através do contacto direto com o grupo alvo, sendo solicitada a sua colaboração e participação, neste mesmo estudo.

Além do cumprimento destes três princípios é também importante referir que foi realizada uma proposta de Projeto, apresentada à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, aprovada a 7 de Novembro de 2018 e que cumpriu os requisitos necessários de forma a dar-se continuidade à sua execução, como se pode verificar no anexo 4 deste mesmo documento, onde está presente o parecer acerca da realização deste mesmo Projeto de Graduação, emitido pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.

III. FASE EMPÍRICA

De acordo com Fortin (2009, p. 56), a fase empírica consiste na colheita de dados no terreno, à sua organização e à sua análise estatística. O plano elaborado na fase precedente, é implementado. As técnicas de análise variam segundo a natureza dos dados. Uma vez apresentados os resultados de investigação, as etapas seguintes consistem em interpretá-los, reportando-se ao quadro teórico ou concetual e em comunicá-los. Esta fase compreende o desenrolar de duas operações que são, a da colheita de dados e a respetiva análise dos mesmos.

Assim sendo, de seguida serão apresentados os resultados e análise dos mesmos.

1. Apresentação, análise e interpretação dos dados

De acordo com Fortin (2009, p.472), a fase empírica compreende as fases de apresentação, a análise, a interpretação dos dados assim como a discussão dos resultados de uma investigação.

Numa primeira parte serão apresentados os resultados da análise dos dados sociodemográficos bem como algumas questões relativas à diabetes, numa segunda parte serão apresentados os resultados recolhidos com o questionário AUDIT.

Assim sendo, de seguida irão ser apresentados sob forma de tabelas os dados recolhidos assim como a sua respetiva análise e interpretação.

Parte I - Dados Sociodemográficos e Dados Relacionados com a Diabetes

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa à “Idade”

Média	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	Variância
53	61	53	41	64	7,3	52,7

Quanto à “Idade”, verifica-se que na **Tabela 1**, os indivíduos inquiridos possuem uma média de idades de 53 anos, uma moda de 61 anos, uma mediana de 53 anos, um valor mínimo de 41 anos, um valor máximo de 64 anos, um desvio padrão de 7,3 anos e uma variância de 52,7 anos.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa ao “Género”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Feminino	20	33,3%
Masculino	40	66,7%
Total	60	100,0%

Relativamente ao “Género”, podemos observar que na **Tabela 2**, 66,7% (n=40) da amostra pertencem ao género “Masculino” e que 33,3% (n=20) da amostra pertencem ao género “Feminino”. Apresentados os resultados verifica-se que a amostra em estudo é constituída maioritariamente por indivíduos do género masculino.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa ao “Estado Civil”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Solteiro (a)	2	3,3%
Casado (a) / União de facto	51	85,0%
Divorciado (a) / Separado (a)	5	8,3%
Viúvo (a)	2	3,3%
Total	60	100,0%

Relativamente ao “Estado Civil”, indica-nos a **Tabela 3** que 3,3% (n=2) da amostra responderam ser “Solteiro (a)”, 85,0% (n=51) da amostra responderam ser “Casado (a) / União de Facto”, 8,3% (n=5) da amostra responderam ser “Divorciado (a) / Separado (a)” e 3,3% (n=2) da amostra responderam ser “Viúvo (a)”. Com os resultados apresentados pode-se verificar que maioria da amostra em estudo é Casado (a) / União de facto.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa à “Atividade Profissional / Ocupação”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Empregado (a)	44	73,3%
Desempregado (a)	4	6,7%
Reformado (a)	8	13,3%
Estudante	0	0,0%
Outra	4	6,7%
Total	60	100,0%

Quanto à “Atividade Profissional / Ocupação”, na **Tabela 4** observa-se que 73,3% (n=44) da amostra responderam ser “Empregado (a)”, 6,7% (n=4) da amostra responderam ser “Desempregado (a)”, 13,3% (n=8) da amostra responderam ser “Reformado (a)”, 0,0% (n=0) da amostra responderam ser “Estudante” e 6,7% (n=4) da

amostra responderam “Outra”. Após a análise conclui-se que a maioria da amostra em estudo referiu estar Empregado (a).

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa à “Escolaridade”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
4º Ano	12	20,0%
6º Ano	17	28,3%
7º Ano	1	1,7%
9º Ano	15	25,0%
10º Ano	1	1,7%
12º Ano	14	23,3%
Total	60	100,0%

No que respeito à “Escolaridade”, pode-se verificar que na **Tabela 5**, 20,0% (n=12) da amostra responderam “4º Ano”, 28,3% (n=17) da amostra responderam “6º Ano”, 1,7% (n=1) da amostra responderam “7º Ano”, 25,0% (n=15) da amostra responderam “9º Ano”, 1,7% (n=1) da amostra responderam “10º Ano” e 23,3% (n=14) da amostra responderam “12º Ano”. Apresentados os resultados podemos concluir que grande parte da amostra em estudo referiu possuir o 6º Ano de escolaridade.

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa ao “Local de Residência”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Arca e Ponte de Lima	9	15,0%
Arcozelo	2	3,3%
Bertiandos	4	6,7%
Cabração e Moreira do Lima	4	6,7%
Calheiros	3	5,0%
Correlhã	3	5,0%
Estorãos	1	1,7%
Feitosa	3	5,0%
Fontão	3	5,0%
Gemieira	4	6,7%
Rebordões de Souto	3	5,0%
Refóios do Lima	4	6,7%
Ribeira	3	5,0%
Sá	6	10,0%
Santa Comba	6	10,0%
São Pedro d' Arcos	2	3,3%
Total	60	100,0%

No que concerne ao “Local de Residência”, no concelho de Ponte de Lima, pode-se confirmar que na **Tabela 6**, 15,0% (n=9) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Arca e Ponte de Lima”, 3,3% (n=2) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Arcozelo”, 6,7% (n=4) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Bertiandos”, 6,7% (n=4) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Cabração e Moreira do Lima”, 5,0% (n=3) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Calheiros”, 5,0% (n=3) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Correlhã”, 1,7% (n=1) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Estorãos”, 5,0% (n=3) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Feitosa”, 5,0% (n=3) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Fontão”, 6,7% (n=4) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Gemieira”, 5,0% (n=3) da amostra responderam pertencer à

freguesia de “Rebordões de Souto”, 6,7% (n=4) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Refoios do Lima”, 5,0% (n=3) da amostra responderam pertencer à freguesia da “Ribeira”, 10,0% (n=6) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Sá”, 10,0% (n=6) da amostra responderam pertencer à freguesia de “Santa Comba” e 3,3% (n=2) da amostra responderam pertencer à freguesia de São Pedro d’ Arcos. Apresentados os resultados pode-se verificar que grande parte da amostra em estudo referiu ser residente na freguesia de Arca e Ponte de Lima, seguidamente a freguesia de Sá e Santa Comba.

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa ao “Centro de Saúde” de acordo com a Unidade de Saúde Familiar a que pertencem

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
USF Lethes	20	33,3%
USF Mais Saúde	22	36,7%
USF Vale do Lima	18	30,0%
Total	60	100,0%

De acordo com a Unidade de Saúde Familiar a que pertencem, pode-se observar na **Tabela 7** que 33,3% (n=20) da amostra responderam pertencer à “USF Lethes”, 36,7% (n=22) da amostra responderam pertencer à “USF Mais Saúde” e 30,0% (n=18) da amostra responderam pertencer à “USF Vale do Lima”. Apresentados os resultados da amostra pôde-se constatar que a maioria em estudo referiu pertencer à USF Mais Saúde.

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa à questão “Frequenta a Consulta do Diabético?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	53	88,3%
Não	7	11,7%
Total	60	100,0%

Relativamente à questão “Frequenta a Consulta do Diabético?”, pode-se verificar na **Tabela 8** que 88,3% (n=53) da amostra responderam “Sim” e 11,7% (n=7) da amostra responderam “Não”. Apresentados os resultados, a amostra em estudo referiu maioritariamente frequentar a consulta do diabético.

Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa a questão “Com quem vive?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Com o cônjuge / companheiro (a)	20	33,3%
Com a família restrita (marido, esposa e filhos)	24	40,0%
Com a família alargada (marido, esposa, filhos, pais, sogros, etc.)	7	11,7%
Sozinho (a)	7	11,7%
Num lar	0	0,0%
Outros	2	3,3%
Total	60	100,0%

Quanto à questão “Com quem vive?”, indica-nos a **Tabela 9** que 33,3% (n=20) da amostra responderam “Com o cônjuge / companheiro (a)”, 40,0% (n=24) da amostra responderam “Com a família restrita (marido, esposa e filhos)”, 11,7% (n=7) da amostra responderam “Com a família alargada (marido, esposa, filhos, pais, sogros, etc.)”, 11,7% (n=7) da amostra responderam “Sozinho (a)”, 0,0% (n=x) da amostra

responderam “Num lar” e 3,3% (n=2) da amostra responderam “Outros”. Apresentados os resultados pode-se observar que maioritariamente a amostra em estudo referiu viver com a família restrita (marido, esposa e filhos).

Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa à questão “Têm Diabetes?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	60	100,0%
Não	0	0,0%
Total	60	100,0%

Relativamente à questão “Têm Diabetes?”, pode-se confirmar na **Tabela 10** que 100,0% (n=60) da amostra responderam “Sim” e 0,0% (n=0) da amostra responderam “Não”. Apresentados os resultados pode-se comprovar que a totalidade da amostra em estudo referiu ter Diabetes.

Tabela 11 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa ao seguimento da questão anterior, “Se sim, de que tipo?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Tipo I	11	18,3%
Tipo II	49	81,7%
Total	60	100,0%

De acordo com a questão “Se sim, de que tipo?”, pode-se verificar na **Tabela 11** que 18,3% (n=11) da amostra responderam “Tipo I” e 81,7% (n=49) da amostra responderam “Tipo II”. Apresentados os resultados, pode-se verificar que maioritariamente a amostra em estudo referiu possuir diabetes tipo II.

Tabela 12 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa à questão “Que tipo de tratamento faz para a diabetes?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Antidiabéticos Orais (Comprimidos)	49	81,7%
Insulina	3	5,0%
Ambos	8	13,3%
Total	60	100,0%

À questão, a “Que tipo de tratamento faz para a diabetes?”, verifica-se na **Tabela 12** que 81,7% (n=49) da amostra responderam “Antidiabéticos Orais (Comprimidos)”, 5,0% (n=3) da amostra responderam “Insulina” e 13,3% (n=8) da amostra responderam “Ambos”. Pode-se verificar que grande parte da amostra em estudo referiu fazer como tratamento para a diabetes, os Antidiabéticos Orais (Comprimidos).

Tabela 13 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa à questão “Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	2	3,3%
Não	58	96,7%
Total	60	100,0%

Quanto à questão, se “Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes?”, comprova-se que na **Tabela 13**, 96,7% (n=58) da amostra responderam “Não”, 3,3% (n=2) da amostra responderam “Sim”. Com estes resultados pode-se verificar que no geral referiram não ter tido complicações devido à diabetes.

Tabela 14 – Distribuição numérica e percentual da amostra relativa ao seguimento da questão anterior “Se sim, quais?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Lesões Oculares	1	50,0%
Úlcera de Pé Diabético	1	50,0%
Total	2	100,0%

Sobre a questão “Se sim, quais?”, dois inquiridos no estudo que referiram ter complicações derivas à diabetes, pode-se verificar na **Tabela 14** que 50,0% (n=1) da amostra responderam “Lesões Oculares” e 50,0% (n=1) da amostra responderam “Úlcera de Pé Diabético”.

Parte II – Questionário: Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Tabela 15 – Distribuição numérica e percentual relativa à 1ª Questão: “Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Nunca	1	1,7%
Uma vez por mês ou menos	14	23,3%
Duas a quatro vezes por mês	7	11,7%
Duas a três vezes por semana	11	18,3%
Quatro ou mais vezes por semana	27	45,0%
Total	60	100,0%

Ainda quanto à questão “Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?”, pode-se observar na **Tabela 15** que 1,7% (n=1) da amostra responderam “Nunca”, 23,3% (n=14) da amostra responderam “Uma vez por mês ou menos”, 11,7% (n=7) da amostra responderam “Duas a quatro vezes por mês”, 18,3% (n=11) da amostra responderam “Duas a três vezes por semana” e 45,0% (n=27) da amostra responderam “Quatro ou mais vezes por semana”. Com os resultados obtidos conclui-se que a maioria dos indivíduos da amostra em estudo, consomem bebidas alcoólicas quatro ou mais vezes por semana.

Tabela 16 – Distribuição numérica e percentual relativa à 2ª Questão: “Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Uma ou duas	35	58,3%
Três ou quatro	20	33,3%
Cinco ou seis	5	8,3%
De sete a nove	0	0,0%
Dez ou mais	0	0,0%
Total	60	100,0%

Quanto à questão “Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal”, verifica-se na **Tabela 16** que 58,3% (n=35) da amostra responderam “Uma ou duas”, 33,3% (n=20) da amostra responderam “Três ou quatro”, 8,3% (n=5) da amostra responderam “Cinco ou seis”, 0,0% (n=0) da amostra responderam “De sete a nove” e 0,0% (n=0) da amostra responderam “Dez ou mais”. Apresentados os resultados, confirma-se que no geral, os indivíduos da amostra em estudo consomem uma ou duas bebidas alcoólicas num dia normal.

Tabela 17 – Distribuição numérica e percentual relativa à 3ª Questão: “Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Nunca	24	40,0%
Menos de uma vez por mês	23	38,3%
Pelo menos uma vez por mês	13	21,7%
Pelo menos uma vez por semana	0	0,0%
Diariamente ou quase diariamente	0	0,0%
Total	60	100,0%

Quanto à questão “Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião”, observa-se na **Tabela 17** que 40,0% (n=24) da amostra responderam “Nunca”, 38,3% (n=23) da amostra responderam “Menos de uma vez por mês”, 21,7% (n=13) da amostra responderam “Pelo menos uma vez por mês”, 0,0% (n=0) da amostra responderam “Pelo menos uma vez por semana” e 0,0% (n=0) da amostra responderam “Diariamente ou quase diariamente”. Apresentados estes resultados, conclui-se que na maioria da amostra em estudo, nunca consomem seis bebidas ou mais numa única ocasião.

Tabela 18 – Distribuição numérica e percentual relativa à 4ª Questão: “Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu que não conseguia parar de beber depois de começar?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Nunca	36	60,0%
Menos de uma vez por mês	15	25,0%
Pelo menos uma vez por mês	9	15,0%
Pelo menos uma vez por semana	0	0,0%
Diariamente ou quase diariamente	0	0,0%
Total	60	100,0%

Na questão “Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar”, observa-se na **Tabela 18** que 60,0% (n=36) da amostra responderam “Nunca”, 25,0% (n=15) da amostra responderam “Menos de uma vez por mês”, 15,0% (n=9) da amostra responderam “Pelo menos uma vez por mês”, 0,0% (n=0) da amostra responderam “Pelo menos uma vez por semana” e 0,0% (n=0) da amostra responderam “Diariamente ou quase diariamente”. Com os resultados, conclui-se que a maioria dos indivíduos da amostra em estudo, nunca sentiram nos últimos 12 meses que não conseguiam parar de beber depois de começar.

Tabela 19 – Distribuição numérica e percentual relativa à 5ª Questão: “Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Nunca	44	73,3%
Menos de uma vez por mês	16	26,7%
Pelo menos uma vez por mês	0	0,0%
Pelo menos uma vez por semana	0	0,0%
Diariamente ou quase diariamente	0	0,0%
Total	60	100,0%

Na resposta à questão “Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido”, indica-nos a **Tabela 19** que 73,3% (n=44) da amostra responderam “Nunca”, 26,7% (n=16) da amostra responderam “Menos de uma vez por mês”, 0,0% (n=0) da amostra responderam “Pelo menos uma vez por mês”, 0,0% (n=0) da amostra responderam “Pelo menos uma vez por semana” e 0,0% (n=0) da amostra responderam “Diariamente ou quase diariamente”. De acordo com os resultados, pode-se concluir que a maioria dos indivíduos da amostra em estudo, referiram que nunca nos últimos 12 meses, não conseguiram cumprir as tarefas que habitualmente lhes exigiram por ter bebido.

Tabela 20 – Distribuição numérica e percentual relativa à 6ª Questão: “Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Nunca	55	91,7%
Menos de uma vez por mês	5	8,3%
Pelo menos uma vez por mês	0	0,0%
Pelo menos uma vez por semana	0	0,0%
Diariamente ou quase diariamente	0	0,0%
Total	60	100,0%

Quando questionados, “Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca”, podemos observar na **Tabela 20** que 91,7% (n=55) da amostra responderam “Nunca”, 8,3% (n=5) da amostra responderam “Menos de uma vez por mês”, 0,0% (n=0) da amostra responderam “Pelo menos uma vez por mês”, 0,0% (n=0) da amostra responderam “Pelo menos uma vez por semana” e 0,0% (n=0) da amostra responderam “Diariamente ou quase diariamente”. Com estes resultados, conclui-se que a maioria dos indivíduos da amostra em estudo, referiram que nunca nos últimos 12 meses, precisaram de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca.

Tabela 21 – Distribuição numérica e percentual relativa à 7ª Questão: “Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Nunca	34	56,7%
Menos de uma vez por mês	24	40,0%
Pelo menos uma vez por mês	2	3,3%
Pelo menos uma vez por semana	0	0,0%
Diariamente ou quase diariamente	0	0,0%
Total	60	100,0%

Relativamente à questão, “Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido”, Podemos comprovar na **Tabela 21** que 56,7% (n=34) da amostra responderam “Nunca”, 40,0% (n=24) da amostra responderam “Menos de uma vez por mês”, 3,3% (n=2) da amostra responderam “Pelo menos uma vez por mês”, 0,0% (n=0) da amostra responderam “Pelo menos uma vez por semana” e 0,0% (n=0) da amostra responderam “Diariamente ou quase diariamente”. Apresentados os resultados, confirma-se que grande parte dos indivíduos da amostra em estudo, referiram que nunca nos últimos 12 meses, tiveram sentimentos de culpa ou remorsos por terem bebido.

Tabela 22 – Distribuição numérica e percentual relativa à 8ª Questão: “Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Nunca	47	78,3%
Menos de uma vez por mês	11	18,3%
Pelo menos uma vez por mês	2	3,3%
Pelo menos uma vez por semana	0	0,0%
Diariamente ou quase diariamente	0	0,0%
Total	60	100,0%

Na questão “Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido”, verifica-se na **Tabela 22** que 78,3% (n=47) da amostra responderam “Nunca”, 18,3% (n=11) da amostra responderam “Menos de uma vez por mês”, 3,3% (n=2) da amostra responderam “Pelo menos uma vez por mês”, 0,0% (n=0) da amostra responderam “Pelo menos uma vez por semana” e 0,0% (n=0) da amostra responderam “Diariamente ou quase diariamente”. Com estes resultados, pode-se concluir que maioria dos indivíduos da amostra em estudo, referiram que nunca nos últimos 12 meses, não se conseguiram lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa de terem bebido.

Tabela 23 – Distribuição numérica e percentual relativa à 9ª Questão: “Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não	47	78,3%
Sim, mas não nos últimos 12 meses	10	16,7%
Sim, aconteceu nos últimos 12 meses	3	5,0%
Total	60	100,0%

Relativamente à questão “Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido”, constata-se na **Tabela 23** que 78,3% (n=47) da amostra responderam “Não”, 16,7% (n=10) da amostra responderam “Sim, mas não nos últimos 12 meses” e 5,0% (n=3) da amostra responderam “Sim, aconteceu nos últimos 12 meses”. Apresentados os resultados, observa-se que a maioria dos indivíduos da amostra em estudo, referiram não terem ficado feridos e que ninguém ficou ferido por ter bebido.

Tabela 24 – Distribuição numérica e percentual relativa à 10ª Questão: “Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?”

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não	38	63,3%
Sim, mas não nos últimos 12 meses	10	16,7%
Sim, aconteceu nos últimos 12 meses	12	20,0%
Total	60	100,0%

Na resposta à questão “Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber”, verifica-se que na **Tabela 24**, 63,3% (n=38) da amostra responderam “Não”, 16,7% (n=10) da amostra responderam “Sim, mas não nos últimos 12 meses” e 20,0% (n=12) da amostra responderam “Sim, aconteceu nos últimos 12 meses”. Com estes resultados, conclui-se que na sua maioria, os indivíduos da amostra em estudo, referiram que nenhum familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou que tenha sugerido que deixasse de beber.

Tabela 25 – Classificação final dos níveis de risco do consumo de bebidas alcoólicas na amostra de Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Baixo Risco ou Abstinência	35	58,3%
Consumo de Risco	16	26,7%
Consumo Nocivo	7	11,7%
Provável Dependência	2	3,3%
Total	60	100,0%

Na **Tabela 25**, relativamente à classificação final geral dos níveis de risco do consumo de bebidas alcoólicas na amostra de Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima, observa-se que 58,3% (n=35) da amostra tem um nível de consumo de Baixo Risco ou Abstinência, 26,7% (n=16) apresentam um consumo de Risco, 11,7% (n=7) tem um consumo Nocivo e 3,3% (n=2) da amostra apresentam provável dependência.

Tabela 26 – Classificação final dos níveis de risco do consumo de bebidas alcoólicas na amostra de Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima – Amostra de indivíduos do género masculino

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Baixo Risco ou Abstinência	15	37,5%
Consumo de Risco	16	40,0%
Consumo Nocivo	7	17,5%
Provável Dependência	2	5,0%
Total	40	100,0%

Quanto à classificação final dos níveis de risco do consumo de bebidas alcoólicas na amostra de Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima, relativamente à amostra de indivíduos do género masculino, verifica-se na **Tabela 26** que 40,0% (n=16) têm um consumo de Risco, 37,5% (n=15) apresentam um consumo de Baixo Risco ou Abstinência, 17,5% (n=7) têm com um consumo Nocivo e 5,0% (n=2) apresentam uma provável dependência.

Tabela 27 – Classificação final dos níveis do consumo de bebidas alcoólicas na amostra de Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima – Amostra de indivíduos do **género feminino**

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Baixo Risco ou Abstinência	20	100,0%
Consumo de Risco	0	0,0%
Consumo Nocivo	0	0,0%
Provável Dependência	0	0,0%
Total	20	100,0%

Na Classificação final dos níveis do consumo de bebidas alcoólicas na amostra de Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima, quanto aos indivíduos do género feminino, observa-se que 100% (n=20) da amostra apresenta um consumo de Baixo Risco ou Abstinência.

Após a presente análise e interpretação dos resultados, segue-se então a última etapa deste Projeto de Graduação que consiste em elaborar a discussão dos mesmos e as conclusões que daí se retiraram.

2. Discussão dos Resultados e Conclusões do Estudo

De acordo com Fortin (2009, p.331) na discussão dos resultados, o investigador “analisa o conjunto dos resultados e interpreta-os segundo o tipo de estudo (...)”.

Para a mesma autora, para se chegar a uma conclusão dos resultados e das implicações decorrentes do mesmo, “o investigador é levado a comparar, a constatar os resultados e a servir-se da teoria, dos trabalhos de investigação que tratam do mesmo fenómeno e da prática profissional para fazer evidências” Fortin (2009, p.329).

Nesta fase é feita a discussão dos resultados obtidos através da aplicação dos questionários, resultados esses que já foram apresentados anteriormente sob forma de tabelas.

Recordando os resultados obtidos, a amostra em estudo é composta por 60 indivíduos portadores da diabetes residentes no concelho de Ponte de Lima. Possuem idades compreendidas entre os 41 e os 64 anos, maioritariamente pertencentes ao género masculino sendo um total de 66,7% da amostra. Em relação ao estado civil, encontram-se na sua maioria casados / união de facto, residem em maioria com família restrita, composta por marido/esposa e filhos. Quanto à sua atividade profissional / ocupação encontram-se empregados e em relação ao nível de escolaridade referiram maioritariamente possuírem o 6º Ano.

Quanto às questões relativas à Diabetes é possível concluir que todos os elementos da amostra tal como pedido são portadores de Diabetes, sendo maioritariamente, com 81,7% da amostra, portadores de Diabetes tipo II, são medicados em grande maioria apenas com antidiabéticos orais. Apenas 2 indivíduos da amostra em estudo referiram ter tido complicações devido à Diabetes, sendo num dos casos Lesões Oculares e no outro Úlcera de Pé Diabético.

Fazendo referência aos resultados obtidos nas questões da Diabetes, pode-se verificar que comparativamente ao relatório existente relativo à prevalência da diabetes em Portugal, as amostras apresentam sempre maior incidência em elementos do género

masculino. De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2016, p.8), a prevalência da Diabetes entre os homens é de 15,9% e nas mulheres de 10,9%, na população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos.

De acordo com o mesmo relatório, em 2015 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário, apresenta Diabetes.

Segundo a mesma fonte, o envelhecimento da população portuguesa na faixa etária entre os 20 e os 79 anos, refletiu-se num aumento de 1,6 pontos percentuais da taxa de prevalência da diabetes entre 2009 e 2015, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%. Dessa taxa, 56% dos indivíduos já apresentava diagnóstico confirmado e 44% ainda não tinha sido diagnosticada.

Assim sendo, analisando os resultados obtidos na amostra em estudo com os resultados de outros estudos aqui apresentados, é possível concluir que os resultados obtidos se encontram em concordância com os mesmos, tal como se pode verificar nas afirmações anteriores.

Relativamente à segunda parte do questionário, onde são apresentados os resultados obtidos com a aplicação do questionário AUDIT, como já foi referido anteriormente, possui um total de 10 questões relativas ao consumo de álcool na população. Fazendo uma síntese dos resultados obtidos em cada uma das questões verifica-se que:

Em relação ao primeiro grupo de questões, da questão 1 à 3, permitem dar resposta ao primeiro objetivo específico traçado para este estudo que consiste em “Identificar a frequência do consumo de bebidas alcoólicas numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima”, concluindo-se que:

Quando questionados acerca de “Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?”, a amostra em estudo, na sua maioria referiram que consomem quatro ou mais vezes por semana, com um valor percentual de 45,0% da amostra. Este resultado não

está em concordância com o estudo de Parreira (2010) em que demonstra que a amostra por si aplicada, na sua maioria nunca consomem bebidas que contêm álcool com um total de 29,2%. Por outro lado, no estudo de Martins, et al. (2008), realizado no Brasil, verifica-se que na maioria da amostra em estudo, consomem duas a três vezes por mês bebidas que contêm álcool com um total de 39,9% da amostra. Posto isto, conclui-se que este resultado também não se encontra em concordância com os resultados obtidos.

Quando questionados acerca de, “Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?”, verifica-se que maioritariamente na amostra em estudo, consome em média uma ou duas bebidas, com um valor percentual de 58,3% da amostra. Este resultado está em concordância com o estudo de Parreira (2010) em que na sua amostra, a maioria dos elementos da amostra referiu consumir uma ou duas bebidas que contêm álcool com um valor percentual de 70,8%. De acordo com o estudo de Martins et al. (2008), verifica-se que em maioria, na amostra em estudo, consomem 3 ou 4 bebidas num dia normal, com um total de 30,7% da amostra, concluindo-se, deste modo que este resultado não se encontra em concordância com os resultados obtidos.

Relativamente à questão “Com que frequência consomem seis ou mais bebidas numa única ocasião?”, maioritariamente referiram que nunca consomem bebidas alcoólicas com uma percentagem de 40,0% da amostra. Por outro lado, com um valor ligeiramente menor, referem consumir menos de uma vez por mês, com uma percentagem de 38,3% da amostra. Este resultado está em concordância com Parreira (2010) em que a sua amostra refere, na sua maioria, nunca consumir seis bebidas ou mais com uma percentagem de 87,7% da amostra. De acordo com o estudo de Martins et al. (2008), verifica-se que em maioria da amostra em estudo, consomem pelo menos uma vez por mês, seis ou mais bebidas numa única ocasião com um total de 44,5% da amostra, com isto, conclui-se que este resultado não se encontra em concordância com os resultados obtidos.

Em relação ao segundo grupo de questões do questionário, da questão 4 à 6, que permitem dar resposta ao segundo objetivo específico traçado para este estudo que consiste em “Avaliar os sintomas de dependência alcoólica numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima”, conclui-se que:

Quando questionados acerca de “Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?”, constata-se que a maioria da amostra, com um valor percentual de 60,0% refere que nunca se apercebeu que não conseguia parar de beber nos últimos 12 meses. Contudo, verifica-se que cerca de 25% refere que menos de uma vez por mês tinha perceção de que não conseguia parar de consumir bebidas alcoólicas. Este resultado encontra-se em concordância com Parreira (2010), em que a maioria da sua amostra menciona que nunca se apercebeu que não conseguia parar de beber nos últimos 12 meses, com um valor percentual de 90,80%. De acordo com o estudo de Martins et al. (2008), verifica-se que na maioria da amostra em estudo, nunca se aperceberam que não conseguiam parar de beber depois de começar a beber com um total de 43,6% da amostra, com isto, conclui-se que este resultado está em concordância com os resultados obtidos.

No que se refere à questão, “Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?”, na amostra em estudo, na sua grande maioria, nunca deixou de conseguir cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido, com um valor percentual de 73,3% da amostra. Este valor encontra-se em concordância com Parreira (2010) visto este indicar que grande parte da amostra, cerca de 90,8%, refere que nunca, nos últimos 12 meses, não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhes exigem, por consumir bebidas alcoólicas. Já de acordo com o estudo de Martins et al. (2008), verifica-se que na maioria da amostra em estudo, nunca conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido com um total de 80,7% da amostra, com isto, conclui-se que este resultado está em concordância com os resultados obtidos.

Quando questionados sobre, “Nos últimos 12 meses, com que frequência necessitou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?”, a maioria dos inquiridos refere que nunca necessitou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca, com o valor percentual de 91,7%. Observa-se assim, que estes resultados se encontram em consonância com Parreira (2010) em que nesta questão referiram que também nunca necessitaram de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca, com uma percentagem de 90,8%. De acordo com o estudo de Martins et al. (2008), verifica-se que na maioria da amostra em estudo, nunca necessitaram de beber logo de manhã para “curar” uma

ressaca com um total de 84,4% da amostra, com isto conclui-se também que este resultado está em concordância com os resultados obtidos.

Em relação ao terceiro grupo de questões do questionário, da questão 7 à 10, que permitem dar resposta ao terceiro objetivo específico traçado para este estudo que consiste em “Identificar as consequências do consumo de bebidas alcoólicas numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima”, conclui-se que:

Quando questionados acerca de “Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?”, a amostra em estudo na sua maioria refere que nunca tiveram sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido com um valor percentual de 56,7%. Ligeiramente abaixo deste valor percentual, cerca de 40,0% da amostra refere que teve esses sentimentos, menos de uma vez num mês. Este resultado encontra-se em consonância com Parreira (2010), visto que a amostra em questão respondeu nunca ter tido sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido com um total de 89,2% da amostra. De acordo com o estudo de Martins et al. (2008), verifica-se que em maioria a amostra em estudo nunca tiveram sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido com um valor percentual de 70,2% da amostra, com isto conclui-se que este resultado está em concordância com os resultados obtidos.

Quando questionados acerca de “Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?”, na amostra em estudo, na sua maioria, refere que nunca aconteceu de não se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido, com um valor percentual de 78,3%. Observa-se assim que estes resultados se encontram em consonância com Parreira (2010), visto que na amostra em questão nunca aconteceu de não se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido com um total de 89,2% da amostra. De acordo com o estudo de Martins et al. (2008), verifica-se que a amostra em estudo refere que nunca aconteceu de não se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido com um total de 54,1% da amostra, concluindo-se assim que este resultado está em concordância com os resultados obtidos.

Relativamente a questão, “Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?”, a amostra em estudo refere que nunca ficaram feridos ou alguém ficou ferido por ter bebido, com um valor percentual de 78,3%. Observa-se assim, que estes resultados se encontram concordância com Parreira (2010), visto que na amostra em estudo, nunca ficaram feridos ou alguém ficou ferido por ter bebido com um total de 90,8% da amostra. De acordo com o estudo de Martins et al. (2008), verifica-se que na amostra em estudo refere que nunca ficaram feridos ou alguém ficou ferido por ter bebido com um total de 68,8% da amostra, concluindo-se que este resultado está em concordância com os resultados obtidos.

Quando questionados acerca de “Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?”, na amostra em estudo na sua maioria respondeu que nunca, alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber, com um valor percentual de 63,3%. Este resultado encontra-se em concordância com Parreira (2010), uma vez que a amostra aplicada no seu estudo também refere que nunca, alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber com um total de 89,2%. De acordo com o estudo de Martins et al. (2008), verifica-se que na amostra em estudo também nunca, alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber com um total de 51,4% da amostra.

De acordo com a DGS (2014), o álcool é a terceira causa de doença e morte prematura a nível mundial. Na Europa é também o terceiro principal fator de risco de morbimortalidade, superado pelo consumo de tabaco e pela hipertensão arterial, mas mais importante que a dislipidémia e o excesso de peso.

De acordo com a mesma fonte, a Europa é, portanto, a região do mundo com maior consumo de álcool, estimando-se um consumo médio de 12,5 litros de álcool puro por pessoa com mais de 15 anos, em 2009. Este valor equivale, portanto, a 27 gramas de álcool puro por dia, mais do dobro do consumo médio mundial. No caso de Portugal, o

consumo é ainda mais elevado, nesse mesmo ano, o consumo médio da população correspondeu a um total de 13,4 litros.

No que se refere à classificação final dos níveis de risco do consumo de bebidas alcoólicas que apresentam os adultos Diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima, após verificar todos os questionários de forma individual e verificando as pontuações finais obtidas em cada um deles, tal como se pode verificar na tabela presente em Anexo 3, a população é assim avaliada de acordo com as respostas dadas nos questionários em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, em quatro classes: “Baixo Risco ou Abstinência”, “Consumo de Risco”, “Consumo Nocivo” e em “Provável Dependência”.

Pode-se assim constatar que a população de Ponte de Lima é, em termos de consumo de bebidas alcoólicas, uma população que se encontra com baixo risco ou abstinência com um total de 58,3% da amostra, no entanto existe uma percentagem de cerca 26,7% com um consumo de risco, de 11,7% com consumo nocivo e com 3,3% com uma provável dependência. Esta classificação está em concordância com o estudo de Rodrigues (2015), onde na sua amostra cerca de 68% dos indivíduos possuem um consumo de baixo risco, contudo cerca de 16,7% apresentam um consumo de risco. Por outro lado, no estudo de Olivatto *et al.* (2014), verifica-se que na sua amostra de adultos diabéticos, o nível de consumo é maioritariamente de baixo risco com um valor percentual de 91,9%.

A identificação da pessoa com consumo excessivo de álcool, tem como objetivo a prevenção dos problemas relacionados com o consumo na pessoa que, não recorrendo aos cuidados de saúde para pedir ajuda relativamente ao seu consumo, poderá ter, do ponto de vista do profissional, um consumo excessivo (DGS, 2014).

O questionário AUDIT tem como finalidade realizar uma abordagem ao rastreio do álcool e principalmente ajudar o profissional de saúde, neste caso o enfermeiro a identificar o nível de consumo de cada indivíduo. Identificando o nível em que se encontram, são assim, implementadas as intervenções direcionadas para cada indivíduo, recomendando a (DGS, 2014) as Intervenções Breves. Estas intervenções têm como

finalidade levar à redução ou cessação do uso de bebidas alcoólicas contribuindo para melhorar a qualidade de vida da população.

Uma vez que a amostra em estudo trata de uma população de baixo risco ou abstinência no que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas, vem-se a verificar que os inquiridos ingerem menos de duas doses-padrão por dia ou que não ultrapassam a quantidade de cinco doses-padrão numa única ocasião. Em termos de intervenção preconizada para a aplicar na amostra em estudo, a mesma baseia-se apenas na realização de educação para a saúde de modo a que haja a manutenção do padrão de uso atual.

Em relação aos níveis de risco do consumo de bebidas alcoólicas por género que apresentam os adultos Diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima verifica-se que:

O género masculino na sua maioria, tem como maior valor percentual 40%, um consumo de risco, isto é, fazem uso acima de duas doses-padrão todos os dias, ou mais de cinco numa única ocasião. A intervenção adequada para este tipo de consumo, é baseada na realização de um aconselhamento simples sobre o uso de risco e também sobre os possíveis riscos, nomeadamente orgânicos, psicológicos ou sociais, se mantiverem esse padrão de consumo. No entanto cerca de 17,5% tem um consumo nocivo. Com este tipo de uso do álcool, terá de haver implementação de intervenções breves e de acompanhamento. Estas intervenções têm como finalidade realizar uma atuação precoce com base educativa e motivacional, dando informação, educação para a saúde e aconselhamento de forma a ajudar a gerir comportamentos específicos relacionados com os consumos. Relativamente ao género feminino, verifica-se que cerca de 100% tem um consumo de baixo risco ou abstinência.

No que diz respeito aos adultos, de que trata a população alvo a quem se aplicou este estudo, no caso do homem, com idade compreendida entre os 18 e os 64 anos, a quantidade máxima diária recomendada é o total de duas bebidas padrão ou o total correspondente a 20 gramas de álcool puro por dia. No caso da mulher, a quantidade

máxima diária recomendada é apenas de uma bebida padrão, ou 10 gramas de álcool puro, em qualquer faixa etária.

CONCLUSÃO

A investigação em Enfermagem procura desenvolver o conhecimento, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Estes trabalhos científicos abrangem todos os aspetos inerentes à saúde com relevante interesse para a enfermagem, contribuindo desta forma, para a promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidado da pessoa ao longo do seu ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

O conhecimento adquirido com a investigação em Enfermagem é implementado para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

Tal como já foi enunciado no início deste trabalho, foram várias as motivações que estiveram na origem da sua execução. A principal para a investigadora foi a escolha do tema em estudo, por esta ser uma temática que ao longo do ciclo de formação no Curso de Licenciatura em Enfermagem, lhe despertou bastante interesse, visto tratar-se de um grave problema de saúde pública presente no nosso dia-a-dia, tornando-se premente mostrar cada vez mais à sociedade em que estamos inseridos, as causas e consequências que acarreta o consumo de bebidas alcoólicas e demonstrando através deste estudo de investigação, quão nefastos são os seus resultados.

Com a realização deste projeto de graduação, a investigadora teve como objetivo geral “Conhecer o padrão de consumo de bebidas alcoólicas numa amostra de adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima”.

De modo a atingir-se a implementação deste objetivo, foi utilizado um questionário breve, denominado de AUDIT, recomendado pela DGS, tendo sido validado para aplicação junto da população portuguesa em 2002. Este questionário foi aplicado a uma amostra de 60 adultos diabéticos residentes no concelho de Ponte de Lima.

Com os resultados recolhidos com a implementação do questionário AUDIT conclui-se que a amostra na classificação final do risco de consumo de bebidas alcoólica tem um

consumo de baixo risco ou abstinência, sendo que a intervenção preconizada para a amostra em estudo se baseia apenas na realização de educação para a saúde, de modo a que haja a manutenção do padrão de uso atual.

Sendo a taxa de consumo de álcool em Portugal ainda elevada, mesmo tendo havido uma diminuição ao longo dos anos e estando atualmente com um valor percentual de 15%, o consumo médio da população correspondeu a um total de 13,4 litros de álcool puro, por indivíduo.

A amostra tendo apresentado um risco baixo de consumo de bebidas alcoólicas comparativamente com estudos anteriores, significa que podemos estar perante um enviesamento de resultados na perspetiva da desejabilidade social por parte dos inquiridos. O enviesamento de respostas, depende das características pessoais, dos instrumentos utilizados e como estão a ser aplicados, sendo particularmente evidentes quando os indivíduos se reportam aos seus traços de personalidade, atitudes pessoais e de comportamentos. A desejabilidade social consiste num dos tipos de enviesamento de respostas em que o indivíduo se atribui atitudes ou comportamentos, com valores socialmente desejáveis, rejeitando as atitudes ou comportamentos com valores que pensam ser socialmente indesejáveis, quando respondem a questionários de personalidade, de modo a haver uma maior aceitação pela sociedade. Assim, para avaliar a desejabilidade social, pode até utilizar-se a escala *Marlowe Crowne Social Desirability Scale*, que mede a tendência do indivíduo para fornecer respostas socialmente desejáveis, independentemente de serem, ou não, verdade em situações de teste (Almiro, 2007).

No que diz respeito à classificação do nível de risco do consumo de bebidas alcoólicas por género, verifica-se que o consumo de bebidas alcoólicas é mais predominante nos indivíduos do género masculino. Verifica-se, ainda, que dentro dos elementos do género masculino 37,5% da amostra apresentam consumo de baixo risco ou abstinência, 40,0% da amostra apresentam consumo de risco, 17,5% da amostra apresentam consumo nocivo e por fim 5,0% da amostra apresentam provável dependência. No que diz respeito aos elementos do género feminino, conclui-se que todos os elementos que fazem parte da amostra em estudo, apresentam baixo risco ou abstinência.

Tal como já foi referido, a prática da Enfermagem baseada na evidência científica existente, conjugada na experiência, com valores e preferências dos utentes e observando este nível de risco, existe a necessidade da implementação de intervenções direcionadas a cada indivíduo, nomeadamente intervenções breves e de acompanhamento por parte do profissional de saúde, no caso, o enfermeiro ou direcionar o encaminhamento para outro profissional de saúde, como seja um médico, os indivíduos que foram classificados com provável dependência.

As Intervenções Breves consistem num conjunto de intervenções de curta duração não excedendo as cinco sessões, podendo variar entre cinco a sessenta minutos de aconselhamento. Têm como objetivo uma intervenção precoce, com uma base educativa e motivacional, dando informação, educação para a saúde e aconselhamento de forma a ajudar a gerir comportamentos específicos relacionados com os consumos.

Em suma, fazendo uma análise dos resultados obtidos, verifica-se que todos os objetivos definidos no início deste Projeto de Graduação foram atingidos com sucesso.

A concretização deste Projeto de Graduação, contribuiu para o aprofundamento de conhecimentos quer ao nível da temática em estudo, mas também, na elaboração de trabalhos científicos, contribuindo, assim, para uma melhor perceção da importância desta temática na área da enfermagem.

Durante a realização deste estudo deparou-se com algumas limitações, podendo destacar-se alguma inexperiência por parte da investigadora na realização de trabalhos de investigação, assim como na execução de algumas etapas que estes tipos de estudos comportam. Um outro fator que em alguns momentos apresentou alguma dificuldade, tratou-se da abordagem dos inquiridos na procura de possíveis participantes com as características definidas pelos critérios de inclusão no estudo. Apesar destas pequenas intercorrências, com todo o empenho e dedicação, foi possível superar todos os obstáculos que foram surgindo ao longo do tempo e da investigação.

Para terminar, com a elaboração deste Projeto de Graduação, podem ser levantadas várias questões para estudos posteriores, tais como: “Qual a importância da aplicação do

questionário da desejabilidade social em estudo do consumo de bebidas alcoólicas em adultos diabéticos?”, “As intervenções breves vão reduzir do consumo de bebidas alcoólicas em adultos diabéticos?”, “Qual a importância do uso das Intervenções Breves pelos enfermeiros na redução de consumo de bebidas alcoólicas?”.

Finalmente todas as dificuldades que foram surgindo foram superadas com sucesso, graças ao grande apoio da orientadora, Professora Doutora Teresa Moreira, que com todo o seu saber, empenho, dedicação e disponibilidade, muito contribuiu para que a investigadora evoluísse na sua competência e conhecimento para a finalização deste projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almiro, P. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas [Em Linha]. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712017000300001>. [Consultado em: 02/06/2019].

Amaral, L. (2011). *Dificuldades sentidas pelo Doente Portador da Diabetes Mellitus tipo II e Família*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Amorim, J. (2015). *Literacia e Autocontrolo da Pessoa Diabética Tipo 2 no Hospital de Santa Luzia*. Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Carvalho, J. (2015). *O álcool. O seu papel como ativador enzimático e indutor carcinogénico oral*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Costa, V. (2017). *Em que aspeto a pressão social afeta na qualidade de vida de indivíduos com problemas alcoólicos*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra, Almedina.

DATASUS. (2008). Classificação Internacional das Doenças. [Em Linha]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm>. [Consultado em: 11/02/2019].

Dias, A. (2016). *As Dificuldades na Regulação Emocional e os Traços de Personalidade no Consumo de Álcool*. Lisboa, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Direção Geral da Saúde. (2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. [Em Linha]. Disponível em <file:///C:/Users/Diana/Downloads/i015535%20(3).pdf>. [Consultado em: 09/12/2018].

Direção Geral da Saúde. (2014). Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool. [Em Linha]. Disponível em <file:///C:/Users/Diana/Downloads/i020923%20(6).pdf>. [Consultado em: 14/04/2019].

Esgaio, T., et al. (2018). Screening e intervenções breves na redução do consumo de álcool em utentes num serviço de urgência [Em Linha]. Disponível em <file:///C:/Users/Diana/Downloads/REF_jun2018_85to94_port.pdf%20(1).pdf>. [Consultado em: 12/04/2019].

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

Guimarães, I (2011). *Hábitos Alimentares e Tabágicos dos Estudantes da Universidade Fernando Pessoa*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Hulley, S. B. et al. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica – Uma Abordagem Epidemiológica (3ª edição)*. Porto Alegre, Artmed.

Jorge, F. et al. (2017). Intervenções breves na redução do consumo de álcool em utentes de uma unidade de saúde familiar. [Em Linha]. Disponível em <[https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_a](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2705&id_revista=24&id_edicao=114)
[rtigo=2705&id_revista=24&id_edicao=114](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2705&id_revista=24&id_edicao=114)>. [Consultado em: 12/09/2018].

Júnior, et al. (2018). Validade e confiabilidade na pesquisa qualitativa em administração [Em Linha]. Disponível em <file:///C:/Users/Diana/Downloads/Dialnet-ValidadeEConfiabilidadeNaPesquisaQualitativaEmAdmi-5164329.pdf>. [Consultado em: 23/05/2019].

Lemos, S. (2010) *Consumo de álcool. Estudo numa amostra de enfermeiros espanhóis*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- 5. (2013). [Em Linha]. Disponível em <http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf>. [Consultado em: 08/03/2019].

Martins, R., et al. (2008). *Utilização do Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para Identificação do Consumo de Álcool entre Estudantes do Ensino Médio*. Brasil, Universidade Estadual Paulista.

Observatório da Diabetes. (2016). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf>>. [Consultado em: 11/09/2018].

Olivatto et al. (2014). Consumo de álcool e os resultados no controle metabólico em indivíduos com diabetes, antes e após a participação em um processo educativo. [Em Linha]. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762014000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. [Consultado em: 27/05/2019].

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem*. [Em Linha]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf>. [Consultado em: 26/05/2019].

Palha, A. (2011). *Guias de Saúde – Alcoolismo (Volume 4). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Hospital de São João*. Porto, Quidnovi.

Parreira, C. (2010). *Padrões de Consumo de Álcool dos Professores numa Escola Secundária de Espinho*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde*. Porto, Legis Editora.

Rodrigues, A. (2015). *Consumo de Bebidas Alcoólicas e Falsos Conceitos- Questões de Género numa População que Recorre aos Serviços da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em Peso da Régua*. Porto, Universidade Fernando Pessoa

Santos, A. (2017). *O papel que desempenha o álcool na gestão da ansiedade e do stress nos indivíduos alcoólicos – um estudo em contexto terapêutico*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Serviço de Intervenções nos Comportamento Aditivos e nas Dependências (2016). Sinopse Estatística 2016. [Em Linha]. Disponível em <http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/Documents/2018/SinopseEstatistica16_alcool.pdf>. [Consultado em: 25/04/2019].

World Health Organization (2005) [Em Linha]. Disponível em <https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use>. [Consultado em: 14/02/2019].

ANEXOS

Anexo 1 – Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

O Consumo de Bebidas Alcoólicas nos Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) _____

_____,
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome: Diana Morais Caldas Alves Longo

Assinatura:

Anexo 2 – Questionário

Questionário

Diana Morais Caldas Alves Longo, estudante da Universidade Fernando Pessoa, a frequentar o 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, encontra-se a realizar um Projeto de Graduação com o título “O Consumo de Bebidas Alcoólicas nos Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima”, pelo que vem por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento acerca do questionário sobre tema em questão.

Este questionário é confidencial e anónimo pelo que não deverá em parte alguma do mesmo, dar a conhecer qualquer informação que identifique a pessoa, objeto do questionário.

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que deverá preencher este questionário de acordo com o que é a sua realidade acerca do assunto. Pede-se por isso mesmo que não deixe questões sem responder e que responda com a maior clareza e rigor possível.

Para cada questão que lhe é colocada deverá escolher apenas uma opção de resposta.

O tempo de preenchimento deste questionário é em média de 10 minutos.

Muito Obrigada pela sua colaboração!

A aluna

Diana Morais Caldas Alves Longo

PARTE 1 – Dados Sociodemográficos

Com esta parte do questionário, pretende-se conhecer alguns dos aspetos sociodemográficos que o caracterizam. Para isso, pedimos-lhe que responda às seguintes questões, colocando um xis (x) antes da afirmação que considera a mais adequada.

1. Idade: _____ Anos

2. Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

3. Estado Civil:

☐ Solteiro (a)

☐ Casado (a) / União de Facto

☐ Divorciado (a) / Separado (a)

☐ Viúvo (a)

4. Atividade Profissional / Ocupação:

☐ Empregado (a)

☐ Desempregado (a)

☐ Reformado (a)

☐ Estudante

☐ Outra

5. Escolaridade: _____

6. Local de Residência: _____

7. Centro de Saúde: _____

8. Frequenta a Consulta do Diabético?

☐ Sim ☐ Não

9. Com quem vive?

- ☐ Com o cônjuge / companheiro (a)
- ☐ Com a família restrita (marido, esposa e filhos)
- ☐ Com a família alargada (marido, esposa, filhos, pais, sogros, etc.)
- ☐ Sozinho (a)
- ☐ Num lar
- ☐ Outros

10. Têm diabetes? ☐ Sim ☐ Não

10.1. Se sim, de que tipo?

☐ Tipo I ☐ Tipo II

11. Que tipo de tratamento faz para a diabetes?

- ☐ Antidiabéticos orais (comprimidos)
- ☐ Insulina
- ☐ Ambos

12. Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes?

☐ Sim ☐ Não

12.1 Se sim, quais?

PARTE 2 - Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

O questionário AUDIT foi elaborado pela OMS para o rastreio do consumo de risco ou nocivo de álcool, e o seu uso é recomendado pela DGS. Pedimos-lhe que responda às seguintes questões, colocando um xis (x) antes da afirmação que considera a mais adequada.

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma vez por mês ou menos
- ☐ Duas a quatro vezes por mês
- ☐ Duas a três vezes por semana
- ☐ Quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- ☐ Uma ou duas
- ☐ Três ou quatro
- ☐ Cinco ou seis
- ☐ De sete a nove
- ☐ Dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de um vez por mês
- ☐ Pelo menos uma vez por mês
- ☐ Pelo menos uma vez por semana
- ☐ Diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de um vez por mês
- ☐ Pelo menos uma vez por mês
- ☐ Pelo menos uma vez por semana
- ☐ Diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de um vez por mês
- ☐ Pelo menos uma vez por mês
- ☐ Pelo menos uma vez por semana
- ☐ Diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de um vez por mês
- ☐ Pelo menos uma vez por mês
- ☐ Pelo menos uma vez por semana
- ☐ Diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de um vez por mês
- ☐ Pelo menos uma vez por mês
- ☐ Pelo menos uma vez por semana
- ☐ Diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de um vez por mês
- ☐ Pelo menos uma vez por mês
- ☐ Pelo menos uma vez por semana
- ☐ Diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- ☐ Não
- ☐ Sim, mas não nos últimos 12 meses
- ☐ Sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- ☐ Não
- ☐ Sim, mas não nos últimos 12 meses
- ☐ Sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo 3 – Pontuação no AUDIT

Pontuação no AUDIT												
	Questão 1	Questão 2	Questão 3	Questão 4	Questão 5	Questão 6	Questão 7	Questão 8	Questão 9	Questão 10	TOTAL	Pontuação AUDIT
1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Baixo Risco ou Abstinência
2	4	0	2	0	0	0	0	0	0	2	8	Consumo de Risco
3	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	5	Baixo Risco ou Abstinência
4	4	1	2	2	0	0	1	1	2	4	17	Consumo Nocivo
5	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	Baixo Risco ou Abstinência
6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Baixo Risco ou Abstinência
7	4	0	2	0	0	0	1	0	0	2	9	Consumo de Risco
8	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	5	Baixo Risco ou Abstinência
9	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Baixo Risco ou Abstinência
10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Baixo Risco ou Abstinência
11	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Baixo Risco ou Abstinência
12	4	2	2	2	1	0	2	1	4	4	22	Provável Dependência
13	4	1	1	1	1	1	0	2	2	4	17	Consumo Nocivo
14	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Baixo Risco ou Abstinência
15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Baixo Risco ou Abstinência

16	4	2	2	2	1	0	2	1	4	4	22	Provável Dependência
17	4	1	1	1	1	1	0	2	2	4	17	Consumo Nocivo
18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Baixo Risco ou Abstinência
19	3	0	1	1	0	0	1	0	0	2	8	Consumo de Risco
20	2	0	2	2	1	0	1	1	2	0	11	Consumo de Risco
21	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Baixo Risco ou Abstinência
22	4	1	2	1	0	0	1	0	0	0	9	Consumo de Risco
23	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Baixo Risco ou Abstinência
24	4	2	1	2	1	0	1	0	0	4	15	Consumo de Risco
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Baixo Risco ou Abstinência
26	4	1	1	2	1	0	0	0	2	4	15	Consumo de Risco
27	4	1	2	2	1	1	1	1	2	4	19	Consumo Nocivo
28	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	Baixo Risco ou Abstinência
29	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	7	Baixo Risco ou Abstinência
30	3	0	1	1	0	0	1	0	0	2	8	Consumo de Risco
31	4	0	2	1	1	1	1	0	4	4	18	Consumo Nocivo
32	4	1	2	2	1	0	1	1	2	2	16	Consumo Nocivo
33	4	1	2	2	1	0	1	1	2	2	16	Consumo Nocivo
34	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Baixo Risco ou Abstinência
35	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	Baixo Risco ou Abstinência

36	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Baixo Risco ou Abstinência
37	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Baixo Risco ou Abstinência
38	4	1	1	0	1	0	1	0	0	2	10	Consumo de Risco
39	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Baixo Risco ou Abstinência
40	3	1	1	0	0	0	1	0	0	4	10	Consumo de Risco
41	4	1	1	1	1	0	1	1	2	2	14	Consumo de Risco
42	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Baixo Risco ou Abstinência
43	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	Baixo Risco ou Abstinência
44	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0	7	Baixo Risco ou Abstinência
45	4	0	2	0	0	0	0	0	0	2	8	Consumo de Risco
46	2	1	1	0	0	0	0	1	0	2	7	Baixo Risco ou Abstinência
47	3	0	2	0	0	0	1	0	0	4	10	Consumo de Risco
48	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	4	Baixo Risco ou Abstinência
49	3	1	1	1	0	0	1	0	0	0	7	Baixo Risco ou Abstinência
50	4	2	1	1	0	0	1	0	0	4	13	Consumo de Risco
51	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Baixo Risco ou Abstinência
52	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Baixo Risco ou Abstinência
53	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0	5	Baixo Risco ou Abstinência
54	4	1	1	0	0	0	1	0	0	2	9	Consumo de Risco

55	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	Baixo Risco ou Abstinência
56	4	1	1	1	1	0	1	0	2	4	15	Consumo de Risco
57	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Baixo Risco ou Abstinência
58	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	Baixo Risco ou Abstinência
59	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Baixo Risco ou Abstinência
60	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	Baixo Risco ou Abstinência

Anexo 4 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa da proposta de Projeto de Graduação



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

*Recebido
2018/11/06*

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Luís Martins
Diretor da FCS

Porto, 07 de Novembro de 2018

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação de Diana Morais Caldas Alves Longo intitulado "O Consumo de Bebidas Alcoólicas nos Adultos Diabéticos Residentes no Concelho de Ponte de Lima" e realizado no âmbito da Licenciatura em Enfermagem, considera o estudo pertinente com o título e objetivos concordantes.

A Comissão de Ética nada tem a opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP
Susana Telxeira
Susana Telxeira Magalhães

Prof. Doutor



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NUT - 501257-661 - http://www.ufp.pt - 2018/11/06

81510866 - 1 Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - 1 Faculdade de Ciências e Tecnologia (Praça R. de Abel) - 481 - 4719-004 Porto - Portugal - T - 211 22 151 460 - F - 211 22 150 826 - geral@ufp.pt
Faculdade de Ciências da Saúde - 1 Escola Superior de Saúde Dr. Carlos de Azevedo - 286 - 4200-152 Porto - Portugal - T - 211 22 527 4030 - F - 211 22 527 4032 - B. Definição: 114 - 4200-253 Porto - Portugal
T - 211 22 525 4111 - geral@ufp.pt - 2018/11/06